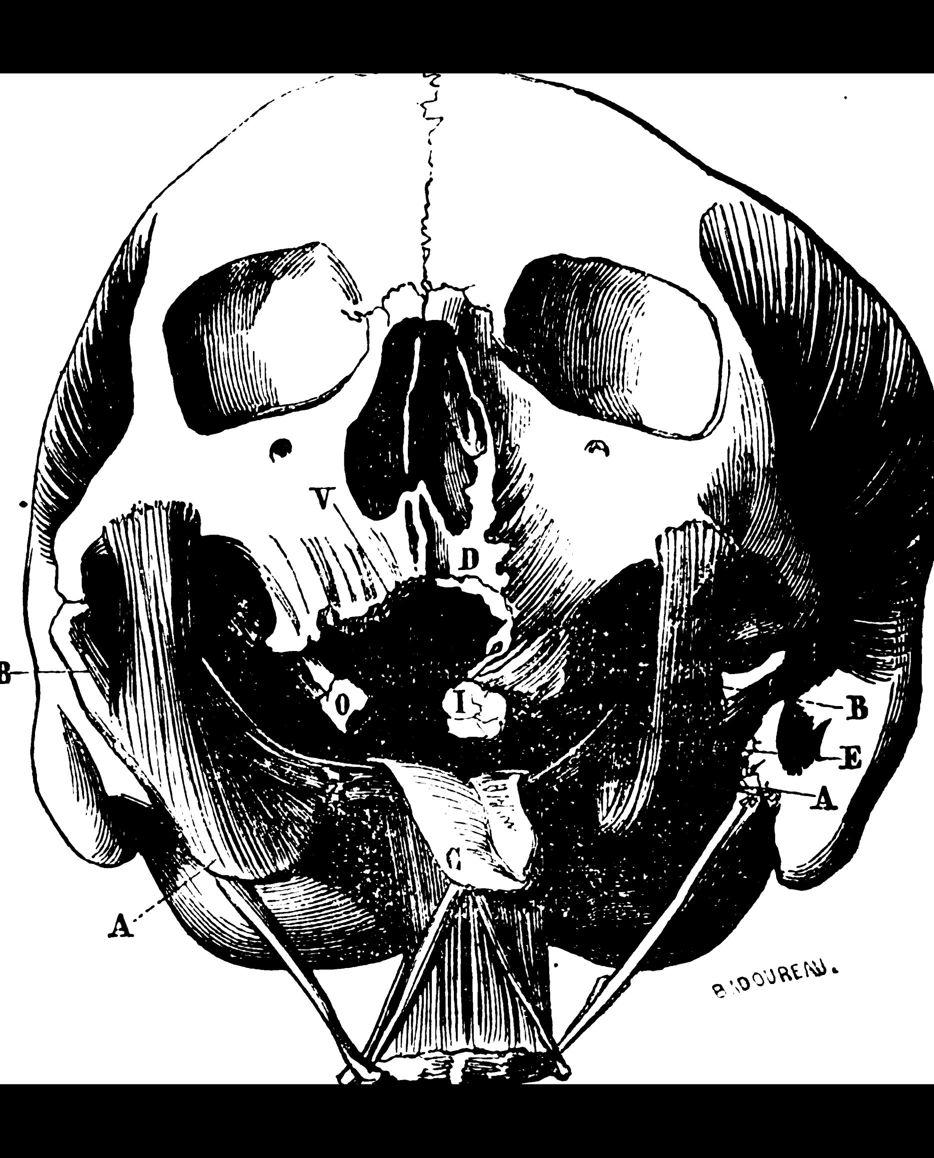
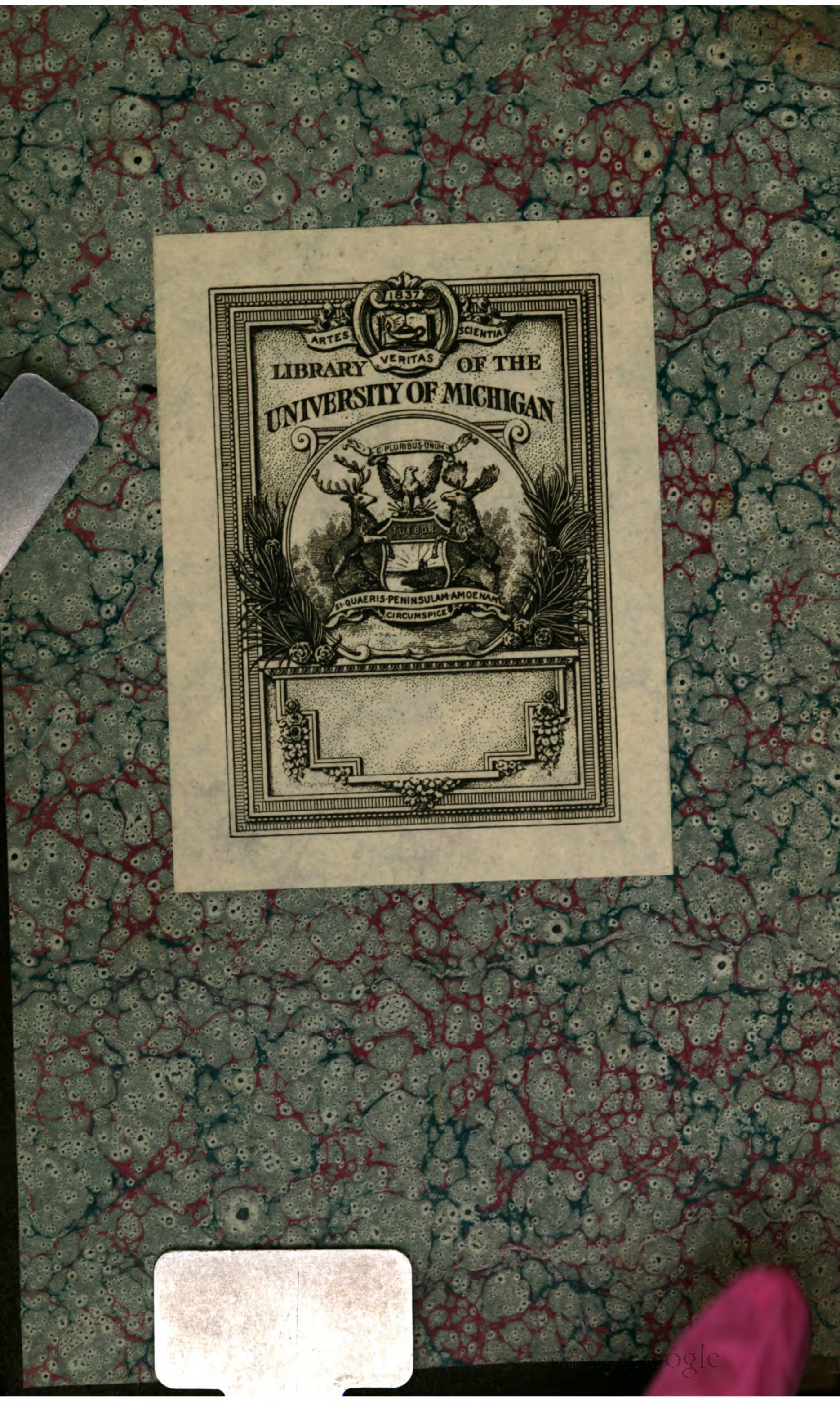


Bulletin général de thérapeutique médicale, ...

Societe de thérapeutique


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



PARIS. — TYPOGRAPHIE HENNUYER, RUE DU BOULEVARD, 7.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

RECUEIL PRATIQUE

PUBLIÉ

PAR LE DOCTEUR DEBOUT

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,
MÉDECIN HONORAIRE DES DISPENSAIRES, PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE
ET MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE,
CORRESPONDANT DES ACADÉMIES ROYALES DE MÉDECINE DE BELGIQUE ET DE TURIN,
DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES ET LETTRES DE MONTPELLIER,
DES SOCIÉTÉS DE MÉDECINE
DE LYON, BORDEAUX, STRASBOURG, ETC.
RÉDACTEUR EN CHEF.

TOME SOIXANTE-TROISIÈME.

PARIS

CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,

RUE THÉRÈSE, N° 4.

1862

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du vertige nerveux et de son traitement par le valérianate de zinc.

Par M. le professeur J. Delioux de Savignac.

Il y a une vingtaine d'années, un savant chimiste, qui portait un nom illustre, le prince Louis-Lucien Bonaparte, étudiait l'action de l'acide valérianique sur les bases salifiables et obtenait plusieurs nouveaux sels, au nombre desquels se trouvait le valérianate de zinc. Les propriétés antispasmodiques de la valériane d'une part, de l'oxyde de zinc de l'autre, étaient trop bien connues pour que l'on n'arrivât pas bientôt à présumer l'existence de propriétés identiques dans un composé résultant de l'union de cet oxyde avec l'un des principes les plus actifs que l'on ait extraits de la racine de valériane. Et, en effet, on ne tarda pas à constater que le nouveau sel possédait une énergie supérieure à chacun de ses principes constituants isolés, ou tout au moins que l'action pharmacodynamique de l'oxyde de zinc était singulièrement renforcée et accrue par sa combinaison avec l'acide valérianique.

Le nouveau sel du prince L.-L. Bonaparte fut immédiatement introduit dans la thérapeutique par les médecins italiens, qui l'employèrent en grand nombre et sur une large échelle, en l'adaptant spécialement à diverses manifestations morbides ou perturbations douloureuses du système nerveux. Ces essais commençaient à avoir en France quelque retentissement, lorsqu'un mémoire de M. le docteur Francis Devay, de Lyon, publié en 1844 par la *Gazette médicale de Paris*, et traitant du mode de préparation, des caractères du valérianate de zinc et de son emploi dans les migraines et les névralgies, attira justement l'attention des thérapeutistes français

sur la valeur de ce nouveau médicament, et contribua, corroboré bientôt par plusieurs autres observations ultérieures et également favorables, à son admission définitive dans notre matière médicale.

M. Devay employa le valérianate de zinc surtout contre des névralgies faciales et des migraines; cependant son intéressant mémoire contient une observation de névralgie intercostale, ancienne et rebelle, qui céda à l'emploi du valérianate zincique. Il présuma, toutefois, que le nouveau médicament pouvait être approprié au traitement de névralgies siégeant sur d'autres points de l'organisme, et même à d'autres états morbides de l'appareil nerveux, à certaines névroses, par exemple. Pendant les deux ou trois années qui suivirent, les expériences ne firent pas défaut; le valérianate de zinc fut mis à l'épreuve dans le traitement d'un grand nombre de névralgies et de névroses. Il y eut balance de succès et d'insuccès, et après une vogue momentanée, la nouveauté thérapeutique de l'année 1844 eut le sort de beaucoup de ses pareilles en tombant peu à peu dans l'oubli. Si quelques-uns eurent tort autrefois d'avoir cru trouver dans ce médicament un calmant infaillible et un antispasmodique absolu, nul n'aurait raison aujourd'hui de n'y jamais songer et de méconnaître les importants services qu'il peut rendre à l'occasion.

J'ai gardé, des premiers essais que j'ai faits du valérianate de zinc lors de son introduction dans la thérapeutique, un bon souvenir, et depuis je n'ai jamais manqué d'y recourir toutes les fois que s'est présentée une indication rationnelle de son emploi. M. Devay avait très-judicieusement remarqué que cette préparation ne convient pas, et qu'elle échoue même, dans les états névralgiques sympathiques de quelque lésion viscérale bien établie, et notamment dans ces formes de la céphalée qui se lient aux troubles des fonctions gastriques. C'est bien effectivement, et mon expérience est conforme sur ce point, dans les états nerveux essentiels que le valérianate de zinc réussit le mieux; douleurs, mobilité, excitation, spasmes, névroses même, pour peu que tout cela dépende exclusivement de troubles d'innervation, pour peu que les symptômes jaillissent des organes nerveux sans participation actuelle avec aucun autre organe, ces lésions purement nerveuses, disons-nous, peuvent être amendées, vaincues même par le valérianate de zinc. Hors de là, il y a des mécomptes à recueillir, et les désordres d'innervation sympathiques d'une lésion placée en dehors de l'appareil nerveux ne seront, dans la presque totalité des cas, que peu ou point influencés par le médicament. C'est un antinerveux pur et simple, et direct. Il n'a pas l'air, du moins, dans l'organisme, d'influencer autre chose

que l'appareil nerveux. Lorsque l'on prescrit à un individu tourmenté par des douleurs souvent fort vives et manifestement sympathiques de quelque lésion organique, comme celles produites, par exemple, par l'inflammation ou le cancer, de l'opium, de la belladone, de la jusquiame, on peut arriver à calmer plus ou moins ces douleurs; en pareil cas, avec le valérianate de zinc on échouerait radicalement. Donnez, au contraire, ce dernier médicament à un individu atteint d'une névralgie faciale essentielle ou de quelque névropathie cérébrale, également essentielle, comme celle dont nous allons nous occuper tout à l'heure, et vous aurez chance de réussir là où vous échouez si souvent avec les préparations stupéfiantes. Le valérianate de zinc produit à peine, aux doses minimes qui suffisent pour le développement de ses effets thérapeutiques, des effets physiologiques appréciables; c'est à peine si l'on constate de très-légers vertiges passagers, ou des perturbations momentanées et insignifiantes dans les sens de la vue et de l'ouïe, et encore ces effets physiologiques manquent-ils complétement chez la plupart des malades, par suite peut-être d'un certain degré de tolérance ou d'accommodation, déterminé par l'état morbide spécial où l'on a vu l'indication du médicament. Il ne produit donc, en définitive, qu'une de ces modifications inappréciables et inexpliquées du système nerveux qui se traduisent seulement par l'effet thérapeutique obtenu. Or, les antispasmodiques qui agissent de cette façon mystérieuse, s'ils n'ont pas une action perceptible et explicable, n'en sont pas moins des plus purs et des meilleurs.

Quelque efficacité que l'on se croie fondé à attribuer à un remède antispasmodique, après en avoir fait l'épreuve dans une série de cas analogues, il faut bien savoir et reconnaître qu'il n'y a pas de remèdes plus incertains, et que tous, éther, musc, assa-fœtida, valériane, etc., ont leurs insuccès à côté des indications qui semblent le plus légitimement les réclamer; aussi leur nombre n'est-il pas un luxe inutile, et l'on est, au contraire, fort heureux de pouvoir substituer l'un à l'autre en cas d'échec ou d'insuffisance. Le valérianate de zinc est venu, avec des avantages incontestables, grossir la liste des médicaments antispasmodiques; mais comme eux tous, même dans les cas auxquels il convient le mieux, il rencontrera des constitutions réfractaires ou des conditions morbides exceptionnelles qui lui résisteront.

Ces réserves étant faites, on comprendra que c'est sans présomption, comme sans enthousiasme, que je recommande le valérianate de zinc contre une lésion d'innervation très-intéressante, dans le

traitement de laquelle j'ai eu cependant presque toujours à constater son efficacité.

Il s'agit du vertige nerveux.

Quelques sensations vertigineuses fugaces, fortuites, sans persistance, revenant tout au plus à de longs intervalles, ou bien encore survenant dans certaines circonstances particulières, comme dans la valse, le jeu de l'escarpolette ou au bord d'un précipice, ou enfin sous une influence morale ; ce ne sont là que des accidents sans gravité, qui préoccupent peu les personnes qui les éprouvent et contre lesquels le médecin n'a guère à intervenir. Mais lorsque le vertige est l'un des symptômes marqués d'un état pathologique, et surtout lorsqu'à lui seul il est le mode d'expression d'une perversion de l'influx nerveux, au point de constituer une véritable névrose, le vertige-névrose, comme l'a appelé M. Max Simon (*Du vertige nerveux et de son traitement*, Mémoires de l'Académie de médecine, 1858), il finit par tourmenter sérieusement les malades et ne peut plus, à aucun titre, être négligé par le médecin.

Ce vertige nerveux est donc, nous venons de le dire, symptomatique ou essentiel. Eh bien, ici encore nous allons trouver cette distinction d'aptitude qui caractérise le valérianate de zinc appliqué au traitement des névralgies. Impuissant, ou du moins très-insuffisant, très-incertain contre ces vertiges nerveux qui accompagnent symptomatiquement un assez grand nombre de lésions organiques de l'encéphale, et même contre ces vertiges que l'on dit être sympathiques de lésions d'autres organes ; utile seulement, comme nous l'allons voir, dans une certaine mesure, contre le vertige symptomatique des chloro-anémies, le valérianate de zinc révèle, dans la majorité des cas, une puissance remarquable contre le vertige nerveux essentiel. Cette espèce de névrose n'est pas très-commune; cependant je la crois plus fréquente que cette espèce de vertige sympathique que l'on a cru devoir rapporter aux lésions de l'estomac, ce qui lui a même valu le nom assez bizarre de *vertige stomacal*. Signalé particulièrement, on le sait, par M. Bretonneau et ensuite par M. Trousseau, ce vertige serait exclusivement sympathique, et ce qui le prouverait, c'est que, s'il disparaît, c'est sous l'influence d'un traitement dirigé contre les troubles spéciaux des fonctions gastriques. Je ne conteste point l'existence d'un vertige sympathiquement lié à certaines formes de gastralgies et de dyspepsies; mais j'incline à penser, peut-être, je l'avoue, parce que je n'ai jamais encore eu l'occasion de le rencontrer, qu'il est encore plus rare que le vertige-névrose, que le vertige nerveux essentiel. J'oserai dire

plus : la gastralgie et la dyspepsie sont des compagnes très-ordinaires de la chlorose et de l'anémie, et si, en présence d'une complication pareille, des phénomènes vertigineux sont accusés par un malade, il me paraîtra beaucoup plus rationnel de les imputer à la dyscrasie sanguine que d'en placer le point de départ, le foyer primitif dans l'estomac.

Quant à moi, les deux sortes de vertiges nerveux que j'ai surtout rencontrés et qui ont dû appeler particulièrement mon attention, sont : 1° le vertige idiopathique ou essentiel, apparaissant comme une névrose pure et dégagée de toute complication ; 2° le vertige coïncidant avec l'anémie ou avec la chlorose et dépendant précisément, à mon avis, de la lésion spéciale du sang qui caractérise les états chloro-anémiques. Dans le premier cas j'ai traité et guéri par le valérianate de zinc exclusivement employé, ou tout au plus aidé parfois de l'intervention de quelques antispasmodiques de second ordre, tels que des infusions ou des hydrolats d'oranger et de mélisse, des potions légèrement éthérées ; dans le second cas, tantôt j'ai prescrit d'abord le valérianate de zinc pour modérer le symptôme vertige, tantôt j'ai fait marcher de front la prescription du sel de zinc et celle des préparations ferrugineuses, mais toujours du moins j'ai eu recours au fer et j'y ai insisté pour consolider la guérison simultanée de l'état vertigineux et de l'anémie, jusqu'à ce que la reconstitution du sang m'ait paru atteinte.

Le vertige sympathique, ou plutôt symptomatique de l'anémie, m'a semblé apparaître beaucoup moins souvent dans les cas où la déferrugination du sang, où l'hydrémie et l'oligocythémie sont portées à un haut degré, que dans ceux où il n'y a qu'un léger degré d'appauvrissement du sang, qu'un commencement de chloro-anémie. Je ne me charge pas d'expliquer ce fait, mais je crois l'avoir assez bien observé dans les conditions ordinaires où il se produit, pour être tenté de le considérer plutôt comme un symptôme de début ou de la première période des chloro-anémies, que comme une complication habituelle des périodes suivantes, dans lesquelles tant d'autres troubles nerveux se manifestent à leur tour. J'ai vu des phénomènes vertigineux, à des degrés variables d'intensité, éclater chez des individus qui, ayant subi antérieurement des pertes sanguines ou ayant été soumis à des causes quelconques de débilitation, n'avaient pas cependant encore les attributs saillants de l'anémie, qui n'offraient pas même les souffles vasculaires, dont on a fait à tort, du reste, le cachet absolu de l'abaissement des globules sanguins au-dessous du type physiologique propre et nécessaire à

l'individu : il est positif que le fonctionnement de la colonne sanguine est atteint encore dans ses vaisseaux, lorsque dans un bon nombre de circonstances l'état pathologique a déjà commencé, fondé sur une dyscrasie qui se traduira prochainement par tous les symptômes caractéristiques de l'anémie ou de la chlorose. Ce qui prouve au surplus que les malades auxquels je faisais allusion tout à l'heure étaient bien réellement anémiques, c'est que, après avoir vu diminuer ou disparaître leurs vertiges sous l'influence du valérianate de zinc, ils ont dû être soumis pendant un certain temps à l'usage du fer et d'un régime corroborant, tant pour dissiper les derniers vestiges de leurs sensations vertigineuses, que pour remonter complétement leurs forces et l'équilibre de toutes leurs fonctions.

Le vertige anémique dépend vraisemblablement d'un défaut d'excitation cérébrale par un sang dépouillé d'une partie de ses globules ; il constitue une véritable cérébro-anémie vertigineuse : celle-ci réclame le fer sans doute, ainsi que tous les autres éléments de la médication analeptique. Mais, avant que les remèdes sthénoplastiques aient agi, les phénomènes vertigineux reviennent avec une fréquence, avec une insistance, sinon même une intensité, qui désolent et effrayent les malades, et il n'y a pas de temps à perdre pour soulager. Or, on arrive généralement en pareil cas à un résultat prompt et satisfaisant par l'emploi préalable du valérianate de zinc. Lorsque, après quelques jours de l'emploi de ce sel, on s'est rendu maître des accidents nerveux en question, on passe à l'emploi du fer. Que si, au contraire, l'antispasmodique à base de zinc échoue, ou ne diminue qu'incomplétement la sensation vertigineuse, on a recours sans autre délai aux préparations de fer, auxquelles il est souvent très-utile de joindre les préparations de quinquina. De deux choses l'une alors : ou le fer et le quinquina finiront à la longue par réduire les vertiges, ou ils viendront en aide au valérianate de zinc en affermissant en quelque sorte le terrain sur lequel il est appelé à agir. Mais, en tous cas, que l'on se garde bien de prendre le change sur la nature des accidents nerveux, d'autant que la méprise est facile et partant excusable ; que l'on n'aille point ici prendre les vertiges et tout ce cortége de sensations effrayantes et bizarres qui les accompagnent souvent, pour le résultat d'une montée de sang à la tête, d'une fallacieuse congestion cérébrale ; que l'on sache bien reconnaître, au contraire, que ces accidents se produisent précisément parce que le sang n'arrive pas au cerveau dans ses proportions normales ou avec les qualités stimulantes exigées pour l'équilibration de l'influx nerveux ; en un mot, pas d'empressement

à saigner ni à faire des révulsions inopportunes ; stimuler le centre cérébral, au contraire, pacifier par un antispasmodique prompt à agir, tel que l'éther, ces perversions violentes d'innervation que traduisent des vertiges instantanés et portés parfois à un degré presque inquiétant d'exagération, c'est à peu près tout ce qu'il y a à faire au moment de la production des accidents ; mais aussi, dès qu'ils sont passés, il est urgent d'instituer le traitement destiné à en prévenir le retour et dont nous venons plus haut d'indiquer les bases.

Il ne faut donc, comme nous en avons prévenu, attribuer qu'une efficacité relative au valérianate de zinc dans le vertige nerveux symptomatique de la chloro-anémie.

Voici même un fait qui montrera qu'en pareille circonstance ce médicament peut rester sans action.

Un officier d'une trentaine d'années avait reçu, un an environ avant l'époque où il vint me consulter, une blessure grave dans un duel, à la suite de laquelle il eut une hémorrhagie très-abondante. La blessure guérit, mais l'officier resta depuis lors sensiblement affaibli. Il avait cependant toutes les apparences de la santé ; son visage même était assez fortement coloré ; mais il n'en était pas moins anémique, et, sous ce rapport, il était une de ces nombreuses exceptions dans lesquelles on voit l'anémie cachée pour ainsi dire sous un visage empreint du coloris ordinaire de la santé. La pâleur du visage est bien l'attribut habituel de la chlorose, mais ce n'est nullement le cachet constant de l'anémie ; aussi ne faut-il point s'étonner de rencontrer les souffles vasculaires les plus marqués et les autres signes les moins contestables de l'anémie chez des personnes qui ont conservé nonobstant la teinte rosée des joues et des muqueuses extérieures. Le malade dont nous parlions, s'alanguissant de plus en plus, finit par être pris d'un état vertigineux, accompagné de douleur et de pesanteur de tête, qui inspira quelques inquiétudes, d'autant plus qu'en outre il s'y joignit bientôt un certain sentiment de faiblesse dans les membres inférieurs et même quelques fourmillements. On commençait à redouter une lésion organique de l'encéphale ; on prescrivit des purgatifs et deux applications de sangsues à l'anus ; le mal redoubla. Je considérai alors la situation comme dépendante d'un vertige symptomatique d'un état anémique ; je prescrivis le valérianate de zinc d'abord, et il fut continué pendant plusieurs jours ; mais il échoua radicalement ; le malade fut soumis ensuite à l'usage des préparations ferrugineuses, et bientôt il vit sous leur influence disparaître complétement les vertiges, la céphalalgie, et tous les autres accidents nerveux ou sup-

posés tels ; en même temps il cessa d'être anémique et reprit toute la plénitude de sa santé.

A côté de cet insuccès, qui est complet, mais qui est unique dans la série de mes observations, je pourrais citer plusieurs autres faits plus ou moins favorables à l'emploi du valérianate de zinc dans le traitement de la cérébro-anémie vertigineuse. En général, l'état vertigineux s'était développé à côté d'un état anémique peu prononcé en apparence ; ainsi fréquemment le souffle manquait au premier bruit du cœur et dans les carotides ; mais en revanche il y avait faiblesse générale, amaigrissement, mobilité nerveuse, névralgies ambulantes et fugaces, anxiété morale surexcitée par le retour incessant des vertiges. Le valérianate de zinc, prescrit alors dès le début du traitement, tantôt faisait disparaître en peu de jours toutes ces perversions nerveuses, y compris les vertiges, tantôt les apaisait peu à peu ; et ultérieurement à l'aide du fer, seul ou uni au quinquina, tout rentrait dans l'ordre, fonctions nerveuses et fonctions nutritives.

Je dois ajouter que, dans le traitement de la cérébro-anémie vertigineuse, de toutes les préparations ferrugineuses, celle qui m'a le mieux réussi est le fer réduit par l'hydrogène, préparation du reste à laquelle je tends de plus en plus à accorder la prééminence, et qui me paraît la plus recommandable par la vigueur et la promptitude de son action, par la solidité de ses effets réparateurs. Le fer réduit a toutefois l'inconvénient, chez quelques personnes et particulièrement chez les femmes, de fatiguer, d'endolorir, de pincer en quelque sorte l'estomac : ce que l'on peut attribuer à l'énergie des réactions à la faveur desquelles les acides gastriques transforment ce métal pur en composé assimilable. Comme on a cependant tout intérêt, surtout lorsqu'il faut agir vite et vivement, à faire supporter le fer réduit, il serait bon d'aviser au moyen d'en assurer la tolérance. L'un des meilleurs procédés que je puisse signaler pour atteindre ce but, est d'administrer concurremment le fer et la poudre de cannelle. Je fais en conséquence étendre 5 à 10 centigrammes de fer réduit avec 1 gramme de poudre de cannelle, et ce mélange est donné deux ou trois fois par jour au commencement des repas. J'ai obtenu ainsi la tolérance de 20 centigrammes par jour de fer réduit, — et cette dose est très-suffisante, — chez des personnes dont l'estomac était fort susceptible. L'adjonction de la cannelle a, en outre, l'avantage d'introduire dans l'économie un médicament cordial, stomachique et tonique, trop négligé de nos jours, et dont s'accommodent à merveille beaucoup d'individus gastralgiques et la plupart des constitutions anémiques et débilitées.

Je dirai encore que, dans le cas de vertiges compliquant l'anémie, le quinquina, sous forme de vin, est généralement mal supporté, et que l'extrait de quinquina, ou la décoction, seule ou mélangée avec une infusion de gentiane, comme je le fais souvent, conviennent beaucoup mieux. Le vin, sans doute, est utile aux anémiques, et je leur en accorde largement ; mais on comprend que, dans la cérébro-anémie vertigineuse, il peut avoir quelques inconvénients. Là, en effet, il semble exciter à faux le cerveau ; il porte à la tête et augmente souvent le vertige ; le vin de quinquina en particulier a ce résultat fâcheux. Il n'est même pas très-rare de voir ce vin, qui n'en est pas moins un excellent remède dans beaucoup de circonstances, produire un peu d'ébriété et quelques sensations vertigineuses chez des personnes qui ne comptent pas actuellement le vertige dans les symptômes de leur état morbide ; cela a lieu surtout chez les femmes, chez les enfants, chez les individus qui ne boivent pas habituellement de vin ou qui en sont excessivement sobres, et enfin lorsque le vin de quinquina est pris le matin à jeun ; dans ce dernier cas, je le fais prendre de préférence après les repas. La conséquence rationnelle de ces faits est donc de se défier de l'influence des dissolutions alcooliques de quinquina, et même de l'excès des boissons vineuses, sur les individus qui sont sous le coup des manifestations du vertige nerveux.

(*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Coup d'œil sur une des formes les plus rares du bec-de-lièvre, les fissures horizontales. Remarques et observations.

Par M. le docteur DEBOUT.

Parmi les formes diverses que les fissures congénitales des lèvres peuvent affecter, il en est de si rares que leur existence même est niée par bon nombre d'auteurs, tandis que d'autres sont si peu fréquentes, que la plupart des auteurs classiques, ne les ayant jamais rencontrées, les ont passées sous silence. Il arrive de là que chaque fois qu'un chirurgien se trouve amené par les hasards de la pratique à remédier à une de ces fissures, il se croit en face d'une lésion non encore décrite. Un des membres correspondants les plus distingués de la Société de chirurgie, M. le docteur Colson, vient de nous en offrir un nouvel exemple, en adressant à la Société, comme

un cas unique dans la science, l'observation d'une jeune malade affectée d'un bec-de-lièvre horizontal, qu'il venait d'opérer à l'Hôtel-Dieu de Noyon.

Le fait n'est pas nouveau, même pour la Société; car, sans compter les quelques exemples disséminés dans les archives de l'art, M. le docteur Deville, en 1845, lui avait présenté une jeune fille porteur d'une semblable malformation de la bouche [1]. Toutefois, il est une partie de l'assertion de M. Colson qui est vraie, c'est le silence gardé par les traités de chirurgie, du moins ceux de notre pays, car, en Angleterre et en Allemagne, on trouve cette forme du bec-de-lièvre signalée dans des ouvrages à bon droit classiques.

Notre littérature médicale n'est cependant pas complétement muette sur les fissures horizontales des lèvres; ainsi M. Laroche, dans sa dissertation sur *les monstruosités de la face*, mentionne tout spécialement les diverses formes que peuvent affecter ces malformations, et il en est de même de M. le professeur Bouisson dans le chapitre de son *tribut à la chirurgie*, qu'il a consacré à l'étude du bec-de-lièvre. Malheureusement en France les praticiens ne consultent que les ouvrages classiques. Désirant voir leurs auteurs combler bientôt cette lacune de leur cadre nosologique, nous allons grouper les divers exemples connus de fissures horizontales des lèvres, et montrer, par le nombre des cas publiés, que c'est une anomalie avec laquelle ils doivent compter désormais.



Fig. 1.

Cette lésion, non incompatible avec le maintien de la vie, lorsqu'elle existe seule, ne constitue pas seulement une difformité qui

[1] On lit dans le compte rendu de la séance du 12 février 1845 : « M. Deville, aide d'anatomie à la Faculté, présente une jeune fille qui porte une difformité de la face, caractérisée par l'absence des commissures des lèvres, d'où résulte un élargissement considérable de la bouche. M. Deville expose un projet d'opération propre à guérir ce vice de conformation. » (*Gazette des hôpitaux*, 1845, p. 92.)

offense la vue; mais comme elle ne permet pas aux individus qui en sont affectés de retenir leur salive, elle devient une infirmité qui réclame impérieusement les secours de la médecine opératoire.

Ce genre de fissure consiste en un prolongement, plus ou moins considérable, de l'ouverture buccale, ou dans le sens transversal, où dans une direction oblique en haut, soit vers la tempe, soit vers l'un des angles des yeux.

L'exemple le plus ancien, du moins de ceux que nous connaissons, est consigné dans les *Ephémérides des curieux de la nature* (1). Il n'est pas étonnant qu'il ait échappé aux recherches des auteurs, puisqu'il est rapporté comme exemple de l'influence que l'imagination de la mère peut exercer sur le produit de la conception. L'auteur, J. Muralt, rapporte qu'on amena dans son hôpital une petite fille, âgée de quelques mois, dont l'ouverture buccale s'étendait d'une oreille à l'autre, de sorte qu'elle présentait l'aspect d'une gueule de lion. Nous reproduisons l'une des figures qui accompagnent son récit (fig. 1). L'opération fut confiée au chirurgien Freystage, qui eut recours au procédé habituellement mis en usage pour le bec-de-lièvre : l'avivement suivi de la suture entortillée. Il débuta par la réunion de la fissure du côté gauche, et celle-ci accomplie, il attaqua le côté droit; mais pendant qu'il aviva ce côté, l'enfant perdit une si grande quantité de sang, que les aiguilles coupèrent les tissus et l'opération échoua. On dut attendre le retour des forces de la petite malade, avant de renouveler la tentative.

Qu'est-il arrivé plus tard? l'auteur n'en dit rien. S'il se montre trop bref dans son récit de l'œuvre chirurgicale, par contre, il s'étend avec complaisance sur la cause du vice de conformation, et cherche à nous démontrer comment l'imagination de la mère a pu agir pour amener cette difformité de la bouche. Ce serait perdre notre temps que de le suivre dans cette partie de sa dissertation.

Le second cas dans lequel l'art est intervenu, et cette fois avec un succès complet, est dû au professeur C.-J. Langenbeck (de Guettingue). Voici la traduction de sa note :

« Christian Wehnsted vint au monde avec une bouche énorme; à l'âge de dix-sept ans, elle mesurait 6 pouces 1/2, figure 2 (2),

(1) Centuries III et IV, p. 304, année 1715.

(2) La copie que nous donnons laisse à désirer; en effet, dans le dessin original, que, grâce à l'obligeance de M. le docteur Herschell nous avons sous les yeux, la fissure de la joue A remonte jusqu'au niveau de la commissure de l'œil gauche.



L'accouchement eut lieu par le bassin, et comme l'enfant était affecté d'un pied bot varus, la mère croyait que l'extrémité de ce pied était placée dans la bouche, cependant elle ne pouvait affirmer le fait, et il me semble invraisemblable. Sa langue était si volumineuse, qu'elle restait toujours entre les dents, la mère assurait qu'il en était ainsi depuis la naissance de son fils. A quelle cause peut-on rapporter ce vice de conformation ? Pour moi, je pense que le volume de la langue s'était opposé à la formation normale des parties pendant le développement de l'embryon, c'est-à-dire vers la septième semaine, époque à laquelle la bouche, sous forme d'une vaste ouverture, occupe toute la face et s'étend d'une oreille à l'autre. Par



Fig. 2.

l'avivement des bords calleux et l'application de sutures entortillées je rendis à cette bouche ses dimensions normales. » (*Neue bibliotek für die chirurgie u ophthalmologie*, p. 502 ; Hanover, 1822.

Nous passons aux faits de M. Fergusson.

« Dans le cours de ma vie pratique, dit ce chirurgien, j'ai rencontré des cas de fissure congénitale des lèvres qui m'ont paru ne pas se prêter à la manière ordinaire d'expliquer ces difformités ; ces cas étaient, en outre, très-remarquables et fort intéressants sous d'autres rapports.

« Le cas suivant se présenta à mon observation à King's college hospital, en 1853. C'était un enfant de quelques mois qui présentait à la lèvre supérieure, à gauche, la fissure ordinairement appelée bec-

de-lièvre, tandis qu'à droite, une autre fissure s'élevait de l'angle de la bouche en haut et en dehors jusqu'à l'os malaire, sans communication toutefois avec la narine. On voyait au fond de la fissure la gencive et la partie antérieure de l'antre d'Highmore, tapissées de muqueuse, et on remarquait une dépression à la paroi antérieure de l'antre. En outre de cette difformité, la paupière inférieure de l'œil gauche avait subi un arrêt de développement et avait contracté des adhérences avec la conjonctive. La figure ci-contre retrace cette forme de fissure que j'opérai par la méthode ordinaire : avivement et sutures entortillées.



Fig. 3.

« Ce cas, autant que mes recherches me permettent de juger, est *unique* dans la science. M. Thomas Wakley (*Lancette*, 14 août 1857) a traité un cas à peu près analogue à Royal free hospital [1].

« Dans ma pratique privée, j'ai rencontré, dans ces dernières années, deux cas qui, aussi bien que les précédents, se refusent à l'explication que l'on donne généralement sur les causes du bec-de-lièvre. La gravure suivante donnera une idée de l'état des parties intéressées dans les deux cas en question [2]. L'angle de la bouche s'étendait horizontalement jusqu'au bord antérieur du masseter. Vue de profil, la bouche s'étendait si loin en arrière, que l'on avait dit avec beaucoup de justesse de l'un de ces enfants qu'il avait une bouche de porc. Je ne sais si telle était la bouche de la femme à la figure de cochon, qu'on montrait il y a une soixantaine d'années ; mais il est certain que la bouche de ces enfants rappelait parfaitement celle du porc. Une circonstance assez remarquable, c'est que

---

[1] Cette indication est fausse ; nous avons en vain cherché cette observation dans le volume de la *Lancette* anglaise, année 1857.

[2] Ne voulant pas multiplier inutilement les dessins, nous ne reproduisons pas cette seconde figure donnée par M. Fergusson. Celles que nous publions permettront aux lecteurs de se faire une idée exacte de la lésion dans cette forme de la fissure qui se rapproche beaucoup de la petite malade de Muralt (fig. 1).

e tragus était chez chacun d'eux tiré en bas vers le côté de la face et se trouvait à 1 centimètre au-dessous et en avant de sa situation normale. Chez un de ces sujets, le tragus semblait absent ou refoulé dans une espèce de cicatrice, et chez l'autre, il faisait saillie à la joue, comme s'il avait été tiraillé ou enlevé de sa situation ordinaire, et fixé dans sa position anormale où il aurait formé des adhérences.

« Je traitai ces cas comme des becs-de-lièvre ordinaires ; ce sont les seuls exemples de ce genre que j'aie jamais observés, et je ne me rappelle pas en avoir trouvé de semblables dans les ouvrages. » (*A system of practical surgery*, 4ᵉ édition, p. 575.)

Viennent ensuite les observations publiées par MM. Rynd, de Dublin, et Colson, que l'on trouvera plus loin. Nous avons négligé à dessein les faits de Otto, Klein et Vrolick, qui ont trait à des fœtus, et ceux de Sue et de Deville dans lesquels l'art n'est pas intervenu.

Forme et aspect. — Cette sorte de fissure buccale, que l'on désigne aussi sous le nom de *macrostoma*, apparaît, on l'a vu, comme une fente béante qui, partant de l'une ou des deux commissures des lèvres, se dirige à travers la joue dans une étendue et suivant des directions variables. Dans les cas les plus fréquents, la lésion affecte un seul des côtés de la bouche et consiste dans le prolongement de l'ouverture suivant une ligne horizontale qui se dirige vers le lobule de l'oreille (fig. 6). D'autres fois, la fissure remonte plus ou moins obliquement en haut et en dehors, vers la tempe (fig. 2), ou même vers l'angle interne de l'œil (fig. 3). Dans les cas où l'arrêt de développement porte sur les deux côtés de la bouche, on observe une fente qui s'étend d'une oreille à l'autre et divise la face en deux moitiés ; l'une supérieure, l'autre inférieure (fig. 1), ce qui a fait comparer la face des enfants à des gueules d'animaux.

Causes. — Les auteurs ont été longtemps en désaccord quant à l'étiologie de ce vice de conformation. Aujourd'hui, il est une explication acceptée de tous : la théorie de l'arrêt du développement. Les belles recherches de M. Coste ont mis hors de doute la corrélation qui existe entre les variétés de bec-de-lièvre et les diverses phases du développement embryonnaire. Si M. Fergusson ignore les travaux de notre savant compatriote, il aurait pu trouver dans Harvey [1] la preuve qu'il cherchait. L'illustre physiologiste n'a-t-il pas dit : « Os ad utramque hians cernitur : buccæ enim et labia ul-

[1] *De generatione animalium, exercit.* 69.

timo proficiuntur, ut pote partes cutaneæ. In omnibus inquam fœtibus (etiam humano) paulo ante partum, oris rictus, sine labiis et buccis, ad utramque aurem, protensus cernitur. Eamdem ob causam, nisi fallor, multi nascuntur cum labro superiore fisso, quia in fœtus humani formatione superiora labra tardissime coalescunt. »
Cette affirmation si expresse de Harvey, quoiqu'elle s'adresse spécialement au bec-de-lièvre latéral, eût dû éclairer M. Fergusson; mais les beaux travaux embryogéniques de M. Coste ont mis le fait hors de toute espèce de doute, et le chirurgien trouve aujourd'hui, dans les états transitoires par lesquels passe le fœtus humain, l'explication des vices de conformation qu'il observe chez le nouveau-né.

Les deux figures ci-dessous, empruntées à l'atlas de M. Coste et représentant le développement de la face chez des embryons de trente

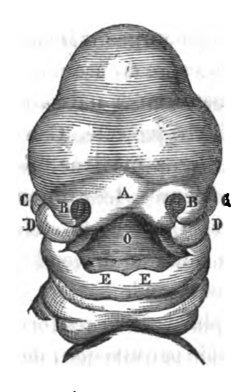




Fig. 4.

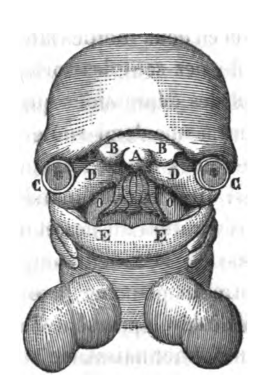


Fig. 5.

jours environ (fig. 4) et de quarante jours (fig. 5), serviront à expliquer la production des diverses fissures congénitales des lèvres et de la joue.

La bouche et ses dépendances se forment au centre du premier arc viscéral. Le pourtour de cette ouverture (fig. 4) présente une série d'appendices dont les inférieurs E, E, forment par leur réunion, vers le vingtième jour, la lèvre inférieure. Au-dessus d'eux, et en dehors, sont deux autres appendices D, D, éloignés l'un de l'autre, et qui resteront plus longtemps séparés : ce sont les mandibules supérieures destinées à former par leur union sur la ligne médiane la mâchoire supérieure. Au-dessus, se trouve le bourgeon frontal A s'arrondissant en bourgeons incisifs et en un second B, dont l'accroissement donnera naissance à l'aile du nez. Ces bourgeons et les mandibules supérieures sont tellement écartés de chaque côté de la

ligne médiane, que l'œil est, à cette époque, refoulé tout à fait en arrière C, C, et à peine visible lorsqu'on regarde la tête de l'embryon de face.

De même que les mandibules inférieures se sont réunies pour limiter en bas l'ouverture de la bouche, de même les mandibules supérieures marchent à la rencontre l'une de l'autre pour former la bouche et les fosses nasales (fig. 5); alors les bourgeons de l'aile du nez BB se développent; celle-ci n'est plus libre que par son bord externe et repose par ce bord sur la mandibule supérieure. C'est plus tard, que le bourrelet labial vient se surajouter aux diverses formations dont la fusion a formé l'orifice supérieur de la bouche. Dans le même temps, se passent profondément des phénomènes analogues et dont le but est le même que celui des phénomènes extérieurs, à savoir : la séparation de la bouche avec les fosses nasales et la division de celles-ci en deux moitiés latérales. Sur les bourgeons incisifs, dont les ailes du nez sont des sortes d'appendices, se creusent en dedans et en haut des dépressions qui finissent par donner naissance inférieurement à une demi-voûte palatine de chaque côté. Chacune de ces demi-voûtes O, O, s'avance vers la ligne médiane, poussée, pour ainsi dire, par les mandibules supérieures; leur union détermine la séparation du nez et de la bouche. Quant à la cloison des fosses nasales, elle vient toujours de la voûte et descend jusqu'à la rencontre du plancher, avec lequel elle se soude.

L'arrêt de développement d'une ou de plusieurs de ces formations suffit pour donner naissance aux difformités par division, de nature si diverse, qui portent sur les aboutissants de l'orifice buccal; tels sont les becs-de-lièvre simple et double, les fissures géniennes, la division du voile du palais, de la voûte palatine, etc. Ces anomalies sont d'autant plus rares que les formations sont plus précoces; aussi on n'a encore enregistré que trois cas de bec-de-lièvre médian, quatre cas de division congénitale de la lèvre inférieure, treize cas de fissure horizontale des lèvres. Quant aux cas de bec-de-lièvre latéral, simple ou double, il serait difficile de les compter, car ils existent par milliers. Ces chiffres s'expliquent par l'époqne du développement des diverses parties de la bouche que nous venons d'esquisser.

Si les becs-de-lièvre médian et inférieur, quoique beaucoup plus rares que les fissures horizontales, se trouvent signalés dans presque tous les traités de chirurgie, cela tient aux discussions auxquelles ces anomalies ont donné lieu. Les fissures géniennes ne peuvent provoquer de débats; cependant, il est des auteurs qui ont voulu

nous fournir le pourquoi de l'anomalie. M. Langenbeck, témoin de l'hypertrophie de la langue chez son malade, rapporte à l'excès de volume de cet organe la non-réunion de l'une des commissures des lèvres. Vrolick et Nicati ont fait jouer à cette cause mécanique le même rôle dans la production des autres variétés du bec-de-lièvre. Si l'on jette les yeux sur la figure 5, on verra que la langue, à l'époque du développement de l'ouverture buccale, n'est encore qu'un très-petit tubercule, dont, par conséquent, le volume ne saurait s'opposer à l'évolution naturelle des parties constituantes de cette région de la face. De plus, on a noté un bon nombre de cas dans lesquels un développement considérable de la langue existait, sans aucune division anormale des lèvres, et lorsque par hasard les deux lésions coïncidaient, elles n'étaient pas en proportion l'une avec l'autre. Ainsi, chez le malade de Langenbeck, ainsi que le fait observer M. Burns, la fissure labiale était bien plus considérable que ne l'eût exigé le volume de la langue.

Complications.—Les auteurs, lorsqu'ils traitent des divers vices de conformation de la face, ne devraient pas négliger de signaler les autres anomalies présentées par les sujets, car l'observation ultérieure peut démontrer qu'il existe plus qu'une coïncidence entre quelques-unes de ces diverses difformités. Ainsi, dans les quatre cas de fissure horizontale observés par MM. Fergusson, Colson et Rynd, la malformation s'est étendue jusqu'à l'oreille; cette particularité, on l'a vu, a frappé M. Fergusson. Une semblable anomalie existait chez la malade de M. Colson; seulement, ignorant l'importance du fait, notre collègue ne l'a pas noté dans son observation. Chez cette jeune fille, nous avons constaté une petite tumeur cutanée sur le tragus refoulé, et la mère nous a raconté qu'il en existait une seconde sur la joue, un peu en arrière de la fissure labiale, et qu'on l'avait enlevée quelques mois après la naissance de l'enfant. Sur le dessin qui accompagne l'observation de M. Rynd, on verra que la lésion consistait dans une division du lobule de l'oreille (fig. 6); mais l'auteur ne fait également aucune mention de cette complication dans le récit qu'il nous donne de ce fait.

Dans le cas où la fissure se dirige vers la tempe, nous ne voyons signaler rien de particulier. On peut observer cependant sur la petite malade de Muralt que l'influence de la cause de la malformation semble ne pas disparaître là ou s'arrête la fissure; celle-ci, bornée par la présence du masseter, A, fig. 1, on voit l'arrêt de développement poursuivre son action sur le tégument externe des joues et tracer un long sillon intéressant toute l'épaisseur de la peau A, B.

Lorsque la fissure remonte à travers la joue, M. Fergusson a été témoin d'une sorte d'arrêt de développement de la paupière inférieure du côté opposé (fig. 3). Vrolick nous a laissé le dessin d'un fœtus de trois mois affecté d'une division de la joue d'un côté, et de l'absence des paupières de l'autre. De plus, la langue faisait saillie à travers la fissure, ce qui a suggéré à cet auteur l'idée, ainsi que nous l'avons dit, de rapporter ces anomalies à l'excès de volume de la langue. Klein a trouvé, sur un fœtus anencéphale, cette fissure existant sur les deux joues. Sur le côté gauche, le sillon s'étendait depuis la commissure jusqu'à l'angle externe de l'œil, tandis que le sillon du côté opposé s'inclinait davantage vers la ligne médiane et se terminait à l'angle interne de l'œil droit. Il y avait en même temps division de la voûte et du voile du palais.

Les fissures congénitales des joues sont rarement simples, mais les anomalies qui les accompagnent n'ajoutent pas à la gravité du vice de conformation et ne s'opposent en rien à une intervention efficace de la chirurgie.

(*La fin à un prochain numéro.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Sur une prétendue rectification de la formule des pilules hydragogues de Bontius.

La révision prochaine du Codex est une occasion bien naturelle de contrôler chacune des formules publiées par cet important ouvrage ; mais toutes les observations qui se produisent ont-elles la portée qu'on prétend leur donner ? Telle est la question que je me suis posée en lisant une notice que M. Favrot vient de publier à propos de la véritable formule des pilules de Bontius. Ce pharmacien accuse les auteurs des deux éditions parues du Codex d'avoir modifié la formule publiée par leur inventeur ! Bontius, dit-il, avait introduit dans sa préparation de la scammonée et du sulfate de potasse, il prescrivait, en outre, de lier la masse avec du vin de Malvoisie et du sirop de roses. Pourquoi, se demande M. Favrot, avoir supprimé ces deux médicaments et avoir remplacé le malvoisie et le sirop de roses par le vinaigre ? Puisque ce pharmacien l'ignore, nous lui demandons la permission de lui en donner le motif. C'est que ces modifications ont été faites par Bontius lui-même, ou mieux que les auteurs du Codex se sont bornés à copier la formule de ce médecin, et que si M. Favrot avait imité leur exemple et était re-

monté à la source véritable, il se serait épargné la peine de dénaturer une formule qui a pour elle la consécration précieuse du temps. Voici en effet la formule donnée par Bontius ([1]) :

> Recipe : Aloës succotrinæ,
> Guttæ cambodja,
> Gummi ammoniaci, ana partes equales ;
> Aceto vini acerrimo dissolvantur.

Pone in vaso vitreo ad solem, fortiterque colatum, expenatur nursus, donec contraxerit consistentia massæ pilularum.

Dosis ejus a drachm.sem. ad drachm. j.

Rien de plus, rien de moins. Le Codex a donc publié une formule des pilules de Bontius, se rapprochant plus de la véritable que celle de M. Favrot. L'addition des quatre substances que propose ce pharmacien font de sa formule une préparation nouvelle, à laquelle son auteur peut donner, s'il le trouve bon, le nom de nouveaux *grains de vie* de C. Favrot, mais que je lui interdis le droit de désigner sous le titre de *pilules de Bontius perfectionnées*. Ce droit, je l'appuie sur l'excellente raison que voici : c'est que les pilules de Bontius préparées au vinaigre d'après la formule du Codex, qui est la véritable, que j'emploie, ou que j'ai vu employer depuis plus de quarante années par d'autres médecins, sont un médicament très-fidèle et très-utile dans un grand nombre d'hydropisies. Modifier cette formule, en lui conservant le nom de Bontius, serait vouloir servir des intérêts autres que ceux de la science ; alors nous avons tous le droit, pour ne pas dire le devoir, de nous y opposer.

D^r Al. Colson (de Noyon).

Examen chimique de l'écorce de casca ; nouvel agent émétique.

La médecine ne possède qu'un petit nombre d'émétiques végétaux, et encore parmi eux n'y a-t-il que la racine d'ipécacuanha qui soit employée ; il en résulte que la valeur commerciale de cette substance s'élève chaque jour.

Nous pensons que les thérapeutistes apprendront avec plaisir, que l'écorce du *casca*, que M. Mazurier, capitaine de navire, vient de rapporter du Congo (Guinée méridionale), jouit au plus haut degré de propriétés vomitives, et qu'elle pourra au besoin servir de succédané à l'ipécacuanha.

M. Ménier, qui saisit toujours les occasions d'être utile à la ma-

---

([1]) *Jacobi Bontii in Indiis archiatri de medicina Indorum, libri IV, etc.* Lugduni Batavorum apud viduam et filio Cornelii Bontesteyn, 1718, in-4°, p. 76.

tière médicale, et dont les relations commerciales s'étendent sur tout le globe, se propose de faire venir une certaine quantité de ce produit, afin qu'on puisse bien déterminer les propriétés de ce nouveau médicament. M. Mazurier n'a pu fournir aucune notion scientifique sur la provenance de l'écorce de casca; il sait seulement qu'au Congo elle est employée aux épreuves judiciaires; voici comment on l'administre :

Le patient est amené sur la place publique; là on lui fait boire, devant ses parents et amis, une infusion aqueuse de cette écorce; s'il vomit, c'est que le grand Etre ne veut pas qu'il meure; s'il est purgé, il est reconnu coupable, immédiatement on le met à mort.

D'après les caractères physiques des échantillons d'écorce de casca qui m'ont été livrés, on peut admettre que l'arbre qui les a fournis présente plusieurs mètres de hauteur, une circonférence de 50 à 60 centimètres et qu'il appartient à la famille des dicotylédonées.

La partie extérieure du casca est rugueuse, d'une couleur fauve avec des taches rouges; il est lisse intérieurement, d'une teinte moins foncée et sans taches; sa cassure est feuilletée, chaque feuillet est couvert d'une couche de points blancs allongés; ces points blancs, vus au microscope, sont renfermés dans des sillons verticaux dont les mailles allongées sont détruites par l'âge; c'est une résine que l'on détache facilement à l'aide d'une lame de fer aiguë. Cette résine est légèrement amère, très-dure, friable, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool rectifié et dans l'éther; mise sur des charbons enflammés, elle y brûle en répandant beaucoup de fumée d'une odeur peu agréable.

23 grammes de cette écorce mesurent 9 centimètres de longueur, 3 centimètres de largeur, 1 centimètre d'épaisseur, soit 27 centimètres cubes. Cette écorce n'a pas d'odeur sensible, même par le frottement; sa saveur est très-amère; par la pulvérisation, elle ne laisse qu'une très-petite quantité de fibre ligneuse; traitée par l'eau, elle donne une infusion colorée en jaune, d'une saveur amère. Cette infusion rougit sensiblement le papier de tournesol, elle se colore en brun foncé avec le sulfate de fer; si on évapore le véhicule, on obtient un extrait brun clair, d'une saveur très-amère, qui n'est point entièrement soluble dans l'eau; l'alcool à 33 degrés, ou l'éther sulfurique, se colorent en jaune citron; la saveur de ces véhicules se communique rapidement de la bouche à l'arrière-gorge, en produisant une contraction assez vive. Si on évapore le liquide dissolvant, on obtient un extrait jaune, sec, cassant, amer, insoluble dans l'eau chaude ou froide; c'est une résine.

Examen chimique.

Ecorce de casca en poudre fine................	2 parties.
Eau distillée................................	S. quantité

pour l'humecter fortement, ajoutez :

Sous-carbonate de soude pulvérisé............	1 partie.

Mêlez intimement à l'aide du mortier ; étendez ce mélange dans une assiette ; faites sécher à l'étuve. On met la poudre qui en résulte dans un flacon bouché avec le double de son poids du mélange suivant :

Alcool à 33 degrés..........................	3 parties.
Ether sulfurique............................	1 partie.

On agite ce mélange de temps en temps, pendant quatre jours ; on filtre au papier ; on distille au bain-marie pour en retirer tout le véhicule employé, on traite le résidu de la distillation par l'eau distillée, légèrement acidulée avec l'acide sulfurique ; on filtre au papier, pour en séparer la résine qui reste sur le filtre. La colature qu'on obtient est jaune, d'une odeur suave, qui a du rapport avec celle de l'héliotrope, d'une saveur amère très-intense ; on laisse ce liquide dans le repos, et, par son évaporation, il reste dans la capsule une cristallisation confuse, recouverte d'un liquide jaune sirupeux d'une très-grande amertume.

Les cristaux sont blancs, solubles dans l'eau et l'alcool ; ils sont précipités de leur dissolution par l'ammoniaque en une poudre blanche qui est soluble dans l'alcool ; le liquide sirupeux est soluble dans l'eau et l'alcool, en toutes proportions : c'est l'extractif.

Le défaut de matière ne nous a pas permis de déterminer si le principe vomitif réside dans les cristaux ou dans l'extractif, ou dans la résine. Nous espérons pouvoir un jour compléter ce travail ; en attendant, voici le résultat de nos essais :

Un principe acide non déterminé ;
Une résine de couleur jaune ;
Du tannin ;
Des cristaux que nous nommerons *cascarin ;*
Un extractif jaune très-amer ;
Un principe aromatique ;
Du ligneux.

Stanislas Martin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Amputation fémoro-tibiale à la suite d'une plaie d'arme à feu. — Résection des nerfs sciatiques poplités interne et externe. — Guérison. — Déambulation facile à l'aide du pilon classique.

L'amputation fémoro-tibiale est restée longtemps frappée de discrédit. L'histoire de la chirurgie apprend que beaucoup de préventions ont régné et règnent encore contre cette opération ; idées antiphysiologiques chez les anciens, craintes chimériques chez les modernes, tout a conspiré pour écarter du cadre des désarticulations habituelles ce point d'application de la chirurgie, alors même que les lésions pathologiques étaient loin d'avoir leur siége dans la section fémorale du membre abdominal. Les travaux de M. Velpeau, de Baudens, les publications de Rognetta l'ont pourtant réhabilitée ; les chirurgiens militaires et les médecins de la marine ont eu occasion de la pratiquer en Italie et en Crimée.

Dès 1848 nous avons défendu et préconisé cette belle et utile opération, dans un travail présenté à la Société de médecine de Montpellier, et dans notre thèse pour le doctorat ayant pour titre : *Des divers points d'amputation de la jambe et du pied.* Nous croyons être en droit de dire que dans les lésions organiques et traumatiques qui ne comprennent que la jambe, quand ces lésions avoisinent l'articulation, l'idée de l'amputation de la cuisse domine celle de la désarticulation du genou. Quel est le chirurgien un peu vieilli dans la pratique civile et dans les hôpitaux qui n'ait vu pratiquer et qui n'ait pratiqué lui-même fréquemment l'amputation de la cuisse pour des altérations de la jambe qui n'avaient nullement envahi les surfaces articulaires, ou qui, ayant retenti jusque dans l'articulation fémoro-tibiale, n'avaient point encore causé sur les surfaces condyliennes du fémur ou sur les facettes rotuliennes des désordres incompatibles avec la guérison? Je me suis élevé, en tant qu'il était en mon pouvoir, contre cette manière de procéder, qui sacrifie sans raison une des premières règles de la chirurgie : conserver le plus de parties possible. Cette règle a détrôné le lieu dit *d'élection ;* elle doit détrôner la suprématie de l'amputation de la cuisse sur l'amputation fémoro-tibiale.

L'observation que je publie me permettra d'établir des règles positives sur la méthode à suivre, sur la résection des nerfs, le mode de pansement, le moyen prothétique employé après la guérison. Elle enregistre un cas de plus en faveur du drainage préventif.

Obs. Dumas (Léon), vingt-trois ans, né à Lègre (Gard), voltigeur au 37e de ligne, blessé d'un coup de feu (balle) à la bataille de Solferino, est admis à l'hôpital Saint-Mandrier, le 4 novembre 1859.

Le projectile, atteignant en écharpe le cinquième supérieur de la jambe, fait voler en éclats une partie du péroné, dilacère le ligament inter-osseux, traverse le tibia de part en part et fêle cet os jusque vers son tiers inférieur. Au dire du blessé, l'hémorrhagie primitive a été considérable. Pendant la traversée sur le navire et pendant les séjours très-courts faits dans divers hôpitaux ou dans les ambulances, il a eu plusieurs hémorrhagies consécutives. Double plaie lacéro-contuse, l'une d'entrée, l'autre de sortie; longs trajets fistuleux à suppuration ichoreuse, abondante, fétide; fièvre de résorption par la présence du pus confiné dans des clapiers multiples: tout faisait prévoir la nécessité d'une amputation; pourtant, malgré d'aussi graves désordres, et convaincu des ressources souvent inattendues de la nature, sur un homme jeune et d'une constitution primitivement très-belle, nous avons employé tout ce que commande la chirurgie conservatrice, à laquelle tant de nos soldats ont dû d'échapper à de cruelles mutilations : débridements multiples, extraction d'esquilles, sétons tubuleux, irrigations détersives, immobilisation des fragments, attelle hyponarthécique avec ou sans la suspension; traitement général analeptique; rien ne nous paraît avoir été négligé, mais rien n'a pu enrayer un état devenu désormais prochainement menaçant pour la vie. L'amputation a été jugée indispensable, et c'est dans l'articulation fémoro-tibiale qu'elle a été pratiquée avec un succès complet. La pièce pathologique dessinée par notre collègue et ami, le docteur Buisson, médecin principal, retrace avec un rare bonheur un des spécimens les plus intéressants recueillis dans mon service de Saint-Mandrier. (Cette pièce a été reproduite, pl. XII, fig. 1 et 2, dans le travail du docteur J. Roux : *De l'ostéo-myélite et des amputations secondaires*. Baillière, 1860.)

Opération : à deux lambeaux, l'un antérieur, l'autre postérieur.

Préliminaires. — La mensuration de la circonférence du membre (jambe), à la hauteur de l'insertion du ligament rotulien à l'épine tibiale, donne, sur un sujet d'une taille ordinaire, 35 centimètres. Les deux tiers antérieurs de cette circonférence mesurent l'étendue que doit avoir le lambeau antérieur à sa base, qui va ainsi du bord postérieur de la tête péronéale *en dehors*, au point le plus saillant du condyle tibial *en dedans*. Le lambeau postérieur ou poplité a pour mesure l'espace laissé en arrière par les deux points indiqués, soit de 10 à 11 centimètres. De ces deux points partent deux incisions

verticales de 6 centimètres, qu'on arrondit en avant et en arrière par une courbe d'un assez long rayon, de manière que le sommet du lambeau antérieur soit à 8 centimètres de l'épine tibiale ; dissection du lambeau antérieur, exclusivement cellulo-graisseux et cutané, sans rien abandonner sur l'aponévrose jambière ; section rapide du ligament rotulien et de l'expansion membraniforme, appelée *ligament antérieur ;* section des ligaments *croisés* antérieur et postérieur ; section des ligaments externe et interne, de la patte d'oie, du demi-membraneux, du biceps fémoral, dans l'ordre de succession que je viens d'indiquer ; flexion du membre en arrière, tout en tirant la jambe un peu en bas et la portant en avant, pour faciliter le passage de l'instrument tranchant derrière le tibia et le péroné qu'on suit en raclant les os, mais non trop bas, pour ne pas atteindre le coude de l'artère tibiale antérieure. En ce moment, pour obtenir un lambeau régulier en arrière, il est bon de soulever la jambe et de sectionner sa portion cutanée de dehors en dedans, ce qui ne demande qu'un trait rapide et demi-circulaire, allant d'un côté à l'autre de la jambe ; un aide pince alors le paquet vasculaire et nerveux poplité, entre le pouce et l'index, et la section nette en est faite, ainsi que celle de la tête des jumeaux, du plantaire grêle, d'une petite partie du poplité, etc. Le lambeau postérieur se trouve donc taillé très-nettement et a la même forme que l'antérieur, sauf la dimension qui doit n'avoir que 6 centimètres en longueur. Ligature de l'artère poplitée et des artères secondaires ; section des nerfs sciatiques poplités interne et externe à la hauteur de la gorge inter-condylienne postérieure ; extirpation, par arrachement, des portions exhubérantes de ces nerfs, qui peuvent avoir jusqu'à 7 centimètres de longueur.

Résultats. — La rétraction du lambeau postérieur est considérable. (Ne pas se laisser influencer par les résultats différents obtenus dans les amphithéâtres sur le cadavre.) Le lambeau antérieur dont la base a le double de celle du postérieur, coiffe admirablement les deux condyles, la rotule remonte naturellement en face et un peu au-dessus de la gouttière inter-condylienne antérieure ; l'affrontement entre les lambeaux est d'une remarquable justesse, dès que le moignon est appuyé sur un coussin. Ne rien craindre pour la position de la cicatrice, elle se placera très-incontestablement en arrière du moignon, quelque exhubérant que paraisse le lambeau postérieur.

En somme, je viens de réhabiliter le procédé de Ravaton, tombé en désuétude comme tant de bonnes choses ; je l'ai modifié en rendant la base du lambeau antérieur d'un tiers plus étendu que le pos-

térieur ; en arrondissant les angles, en précisant les points de départ des incisions, le *modus faciendi ;* en liant les artères préalablement aplaties par les doigts de l'aide ; en extirpant les nerfs sciatiques poplités interne et externe, dans le double but d'éviter les douleurs pendant le traitement et celles plus pénibles qui peuvent survenir après la guérison.

Pansement. — Proscription absolue de tout ce qui pourrait ressembler à la réunion primitive ; pas de sutures ; pas de bandelettes constrictives ; établir un séton tubuleux à anse, dont les deux extrémités libres, sortant par le centre de la plaie, servent, pour ainsi dire, de support au faisceau des ligatures ; application d'un linge fenêtré largement, grassement cératé et perforé d'un trou spécial à son centre pour le passage des deux chefs du tube à drainage, préventif de la stagnation des produits exhalés, sang, sérosité, pus, etc. Ceci disposé, cuirasse médiate à trois plans de bandelettes, formant coque, suivant la méthode Chassaignac ; couche légère de charpie sèche ; triangle de Mayor.

Premier pansement : aussi tardif que possible. L'écoulement du pus, le dégorgement de cette vaste surface traumatique sont parfaitement assurés par le mode de pansement employé.

Conséquences de l'opération. — Du 17 décembre au 22 janvier (35 jours), Dumas, qui a été soumis à un régime approprié, entouré de soins de toute nature, que commandaient sa position et les phases diverses de la marche cicatricielle, a pu se lever et marcher avec des béquilles. Enfin, au commencement de février, il a été pourvu d'un membre artificiel et il a marché absolument comme les blessés amputés au lieu d'élection. Cicatrice linéaire correspondant à la partie postérieure du moignon ; pas de fistules ; pas de douleurs sous l'influence d'une convenable malaxation. Le blessé pouvait parcourir la longueur de la salle en appuyant son genou sur une chaise quelques jours après la cicatrisation complète, avec la simple précaution d'appliquer une bonne couche de ouate maintenue par un triangle.

Mais ici se présente une question qui a un caractère d'actualité bien évident, au moment des recherches intéressantes que M. le docteur Debout publie sur les appareils prothétiques. Notre opéré a marché en prenant point d'appui sur le moignon et non sur l'ischion [1]. Il s'est donc trouvé dans les mêmes conditions que les

[1] Nous engageons M. Arlaud à suivre son malade avec soin. Les cas de désarticulation du genou ne sont pas communs, et on a négligé de nous dire

amputés au lieu d'élection. Pour avoir été amputé à 11 ou 15 centimètres plus haut que ce lieu d'élection, il n'a rien perdu sous le rapport de la longueur utilisable du membre, ni sous celui de l'étendue des mouvements employés à la déambulation. Une autre considération me paraît devoir trouver place ici, et elle s'applique à tous les appareils prothétiques indistinctement, quand il s'agit des membres inférieurs : comme la main, le pied a besoin d'une sensibilité exquise pour explorer le corps qu'il rencontre. Or, les appareils prothétiques, en remplaçant jusqu'à un certain point la colonne organique, si admirablement édifiée comme *support*, ne remplacent en rien la sensibilité perdue. Sur mon opéré, j'ai voulu appliquer la jambe à pied de Beaufort, et la marche ne s'exécutait qu'avec des hésitations très-curieuses. Dumas ne savait plus distinguer la nature du sol dès que l'œil, distrait, n'était pas là pour le prévenir d'avance. Avec cette *large surface plantaire inerte*, il ne palpait plus son terrain. Avec le pilon, il l'explorait beaucoup mieux; d'où je conclus que, si les appareils qui reproduisent les formes extérieures ont l'avantage de mieux masquer la mutilation, ils ont le très-grand désavantage de rendre moins précis les mouvements possibles qui restent au malade. A ce propos, je peux me permettre de rappeler les paroles d'un officier général de la marine qui avait bravement perdu la cuisse au combat de Navarin : « Ma jambe de bois à pilon me sert à explorer le sol, comme le chirurgien explore le corps à sa surface et dans ses cavités, à l'aide d'une sonde. Quand, au contraire, j'ai ma belle jambe articulée et emmanchée d'un gros sabot [1], je ne sais plus me diriger sans une pénible et constante

---

comment marchaient les mutilés. Le fait le plus curieux à cet égard est celui d'un militaire que j'ai vu en 1853 à l'hôtel des Invalides. Il avait subi la désarticulation de la jambe en 1800, pendant la campagne d'Italie. Comme le malade de M. Arlaud, il put d'abord marcher en s'appuyant sur son moignon, mais au bout d'une année, il dut faire usage d'un cuissard. Cet homme présentait un phénomène bien curieux : on sait que toutes les fois qu'un os a été scié dans sa continuité, son extrémité s'effile, s'arrondit et que le tronçon osseux prend une forme conique. Un résultat semblable était survenu chez lui; sous l'influence d'une sorte d'atrophie des condyles du fémur, l'extrémité inférieure de cet os avait pris une disposition conique si prononcée, que si la mensuration ne fût venue témoigner de la longueur normale du fémur, on n'aurait pas ajouté foi aux assertions de ce militaire. La résorption de saillies osseuses aussi considérables que celles des condyles du fémur est un fait rare, surtout d'une manière aussi complète que chez cet homme. Un mouvement de retrait a-t-il lieu dans tous les cas ? Au point de vue de la prothèse cette question mérite d'être résolue, et nous en recommandons l'étude à M. Arlaud.

(*Note du Rédacteur en chef.*)

[1] Jambe artificielle de Beaufort.

préoccupation; si jamais cette jambe merveilleuse de construction me servit bien, ce fut pour rester assis dans un salon, au spectacle ou à table; à bord, en service, personne ne la vit et ne me la verra jamais. »

Dr ARLAUD,

Professeur de médecine opératoire à l'École de médecine navale de Toulon.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons de clinique médicale, par M. R.-G. GRAVES, précédées d'une introduction, par M. le professeur TROUSSEAU, ouvrage traduit et annoté par M. le docteur JACCOUD, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris (médaille d'or), médecin du Bureau central, etc.

Parmi les médecins étrangers de ce siècle, je n'en sais pas qui méritât autant que l'illustre professeur de l'École de Dublin, l'honneur d'une traduction française. Si c'était ici le lieu de mesurer la taille de ce médecin distingué entre beaucoup, et de le comparer à plusieurs de ses illustres compatriotes, il nous serait facile de démontrer que, comme génie, il ne doit occuper que le second rang. Sa pensée ne manque certes pas d'originalité, mais cette originalité ne se développe que dans une certaine sphère, qu'elle ne dépasse jamais; on ne le voit sur aucun point de la science aspirer à quelque conception générale, qui tende à imprimer à celle-ci un mouvement décisif, prépare un progrès réel, s'il ne l'accomplit pas. Nous nous garderons bien assurément de faire un reproche à Graves de s'être contenu dans les limites que semble lui avoir assignées la conscience de ses facultés : c'est la gloire de l'homme de science de se juger ainsi, et de se marquer un but qu'il peut atteindre. L'art, à son tour, en tire un réel profit, car les enseignements qui sortent alors d'une observation attentive, ne se trouvant point mêlés à l'ivraie de conceptions purement imaginaires, conservent une valeur positive qui leur assigne dans le répertoire de la science une place qu'ils conserveront toujours. Par plus d'un côté, Graves, et en cela nous ne croyons pas faire de lui un médiocre éloge, rappelle l'immortel Sydenham : comme le célèbre médecin de Londres, le médecin de Dublin s'occupe peu de la tradition, en matière de science; les lois de la nature, que la science a pour but essentiel de saisir et d'exprimer, gouvernent, commandent les faits qui se passent sous nos yeux, aussi bien aujourd'hui que du temps d'Hippocrate et de Galien; interrogeons-les, étudions-les, scrutons-les, et la science de la vie normale ou pathologique en sortira avec moins de risques d'erreurs, grâce à la puissance de nos moyens d'investi-

gation, qu'elle ne le pouvait à l'époque où ces grands médecins grecs pensaient et écrivaient : ainsi l'entendait Sydenham, ainsi paraît également l'avoir compris le laborieux médecin de Dublin. Nous croyons, pour notre compte, que c'est faire un peu trop bon marché de la tradition ; et pourtant, comme en somme il y a toujours assez d'esprits qui aiment à se rattacher au passé, y vivre et y river la chaîne du présent et de l'avenir, ne nous plaignons pas trop de ces têtes rondes, de ces indépendants, de ces anabaptistes de la science qui veulent la faire de toutes pièces : eux seuls ont *les paroles* de l'avenir. Mais je ne veux pas m'attarder plus longtemps dans ces réflexions générales, et vais de suite présenter une analyse sommaire de l'ouvrage de l'habile médecin irlandais.

L'ouvrage de Graves est un véritable ouvrage de clinique médicale ; non qu'il se compose d'une masse souvent incohérente d'observations, où les commentaires les plus ingénieux ont peine à établir un ordre qui fuit sans cesse, mais c'est toujours en présence des faits que l'auteur pense et conclut. Dans les six premières leçons, Graves touche, sans les approfondir, à une foule de questions générales, qui préparent le lecteur à la clinique proprement dite, à la condition que son éducation scientifique première lui permette de le suivre. Il y a de nombreuses pages dans ces leçons que je voudrais pouvoir reproduire en lettres d'or ; il y en a une surtout dont je voudrais que les maîtres de la science, même parmi nous, fussent bien pénétrés, afin de leur voir donner à leur enseignement pratique la profondeur, l'exactitude rigoureuse dont il manque souvent. Le médecin de Dublin fait un tableau si effrayant des dangers de la médecine, quand c'est un médecin manquant d'expérience et de solidité dans l'esprit qui l'exerce, qu'on est naturellement conduit, en présence de ce tableau, à douter de l'utilité de l'art, si l'on en additionnait tous les résultats. Intelligence inculte, qui rend inapte à profiter des enseignements de l'expérience elle-même ; études incomplètes, qui ne conduisent que lentement, et à travers mille périls, à une expérience tardive, telles sont, au jugement de l'illustre médecin de Dublin, les conditions redoutables au milieu desquelles s'exerce trop souvent la pratique médicale. Comme il y a là, pour beaucoup, une leçon d'honneur et d'humanité, qu'on me permette de citer un passage de l'auteur lui-même, qui, mieux que je ne pourrais le faire, rendra bien sa pensée. Après avoir dit les lacunes de l'enseignement clinique, et montré combien peu préparé aux difficultés de la pratique sort de là le jeune médecin que des circonstances exceptionnelles n'ont point favorisé, il démontre

que le mal n'est point encore là tout entier ; cette impuissance radicale, on la retrouve souvent chez le vieux praticien lui-même, dont l'unique avantage sur les jeunes gens, suivant un mot de Zimmermann, c'est d'avoir usé plus de souliers ([1]) : « Du reste, dit Graves, celle-ci (l'inexpérience) n'est point l'apanage exclusif des commençants ; elle est également le fait de beaucoup de vieux praticiens, dont les erreurs ne font qu'augmenter et s'accroître durant une longue série d'années, parce qu'ayant reçu une éducation première imparfaite, une instruction clinique insuffisante et mal dirigée, ils commencent à pratiquer sans avoir préalablement acquis les qualités qui font l'observateur ; dans leur jeunesse, ils n'ont appris ni à raisonner exactement, ni à penser avec justesse ; de là est née chez eux l'habitude d'étudier superficiellement la marche des maladies et l'action des médicaments, et le temps ne peut avoir sur eux d'autre effet que de les engager plus avant dans la voie de l'erreur. Généralement présomptueux, de tels hommes ont une confiance excessive dans leur jugement, jamais ils ne reconnaissent leurs fautes, jamais ils n'en conviennent : bien loin de compléter leur éducation, les années ne font qu'augmenter leur entêtement, qu'accroître leur aveuglement sur les résultats de leur pratique... » Dans les premières leçons que Graves consacre ainsi aux généralités qui, dans sa pensée, ont pour but de préparer l'esprit du lecteur aux leçons profondes qui suivent, nous pourrions mettre en lumière une foule d'idées saines qui n'ont point perdu leur à-propos ; mais comme nous sommes forcé de nous borner, nous aimons mieux jeter un coup d'œil rapide sur les leçons suivantes, où l'auteur étudie un certain nombre de déterminations morbides nettement définies, en expose la marche et la thérapeutique.

Parmi ces leçons, il en est une série tout entière consacrée à l'étude du *typhus fever*, qui, même aujourd'hui encore, mérite au plus haut degré de fixer l'attention des esprits sérieux. Il est vraisemblable que ce typhus se distingue de notre fièvre typhoïde, bien que l'auteur ne marque pas toujours d'un trait suffisamment caractéristique les différences qui les séparent ; mais s'il y a des différences qui se lient, soit à l'influence étiologique, soit à l'état général de l'économie, quand la maladie vient à la saisir, il y a aussi de nombreuses ressemblances, et dans tous les cas, les saines notions thérapeutiques que le médecin de Dublin a développées sur ce point important dans maintes pages de son livre, s'appliquent aussi bien

([1]) *Traité de l'expérience*, t. I, p. 10.

à la fièvre typhoïde qu'au typhus fever. C'est ici surtout que se sont tout d'abord produites ces idées hardies, en vertu desquelles les malades doivent être nourris, presque dès le début du mal, si l'on veut laisser à l'organisme quelque chance de réagir contre l'affection morbide, au lieu de les soumettre à une diète impitoyable qui, combinant ses effets désastreux avec ceux de la maladie elle-même, les conduira infailliblement à un collapsus mortel. Ces idées commencent à se répandre parmi nous, et nous pourrions citer bon nombre d'ouvrages contemporains où les auteurs leur accordent la place qu'elles méritent ; mais nous doutons qu'elles soient exposées ailleurs plus judicieusement qu'elles ne le sont ici : nous recommandons donc, et avant tout, aux lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique*, la lecture attentive, la méditation de ces leçons, à tous les points de vue si remarquables.

La scarlatine, la fièvre intermittente, le choléra, la grippe, etc., sont également le texte de leçons où le savant médecin de Dublin déploie toutes les ressources d'un esprit rompu à l'observation, et surtout à une thérapeutique dont la hardiesse et la circonspection, suivant les cas, peuvent guider utilement les praticiens qui se seront bien pénétrés de sa méthode. Nous signalerons encore parmi ces leçons, qui toutes doivent être attentivement méditées, celles qui sont relatives à la pathologie du système nerveux, et où sont tour à tour étudiés l'apoplexie, le *delirium tremens*, la chorée, l'épilepsie, les affections névralgiques, les convulsions chez les enfants, et surtout la paralysie. Sur les premières de ces maladies, il y a sans doute plus d'une lacune, si on considère l'enseignement de Graves au point de vue de la pathologie proprement dite. Depuis que ces leçons ont été professées à l'école de Dublin, l'anatomie-pathologique, la microscopie, l'analyse séméiologique même ont fait d'incontestables progrès ; mais presque tout ce que le médecin irlandais enseigne sur ces divers points est d'une parfaite exactitude, et je ne voudrais pas changer les notions positives qui sont disséminées dans ces nombreuses et intéressantes leçons pour les découvertes plus brillantes souvent que réellement utiles au point de vue pratique dont se targue quelquefois la science de nos jours. Dans tous les cas, avant de s'assimiler ces fioritures d'une foule de pêcheurs à la ligne, le médecin doit posséder d'une manière imperturbable ces notions solides sans lesquelles il n'y a pas de science pratique possible.

Les maladies de l'appareil respiratoire, les maladies du cœur laissent également quelque chose à désirer, particulièrement sous le rapport de la séméiologie, quand on sait à quelle perfection, en France

surtout, le diagnostic de ces maladies est parvenu depuis Laennec jusqu'à MM. Louis, Bouillaud, Andral, etc., etc.; mais ces lacunes n'empêchent pas que là partout on ne sente, et on ne suive avec le plus vif intérêt la trace de l'esprit vigoureux qui se révèle à chaque page de cet ouvrage si fécond en enseignements positifs.

Le savant traducteur du livre de Graves, qui, plus que personne est à la piste de tous les progrès que réalise la science contemporaine, dans toutes les directions de la pathologie médicale, M. le docteur Jaccoud, ne s'est point dissimulé ces lacunes, et dans maints endroits, il s'est appliqué à les combler par des notes substantielles qui témoignent tout à la fois et de sa science profonde, et d'un sens critique des plus remarquables. Grâce à ces sûrs commentaires de la pensée de Graves, on peut dire que l'illustre médecin de Dublin vit encore, et que ses leçons, professées au commencement de ce siècle, sont tout à fait à la hauteur de la science contemporaine, et n'ont pas vieilli. Pour nous, nous avons lu avec le plus vif intérêt toutes ces notes, et si nous avons un regret à exprimer à leur endroit, c'est que l'auteur y ait mis tant de réserve.

En somme, c'est là un ouvrage dont on pourrait presque dire que s'il n'existait pas, il faudrait l'inventer : M. Jaccoud l'a fait pour la plupart d'entre nous, rendons-lui grâces ; et engageons-le, en finissant, à doter la médecine française de quelques autres traductions anglaises et allemandes que nous ne lui indiquerons pas, parce qu'il sait mieux que nous ce qui nous manque à cet égard, et qui contribueraient heureusement, avec le livre de Graves, à revivifier l'esprit médical français, qui va s'émiettant tous les jours un peu davantage, à le revivifier, dis-je, au contact de l'esprit plus hardiment synthétique de nos confrères d'au delà de la Manche et du Rhin, du Rhin surtout, où tout n'est pas rêve, quoi qu'on en dise.

BULLETIN DES HOPITAUX.

De la vératrine dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu chez les enfants. — Entre les propriétés physiologiques reconnues expérimentalement à la vératrine, c'est surtout de celle qui se manifeste par une action déprimante sur l'économie, par l'abattement, la prostration des forces et le ralentissement de la circulation, qu'on a cherché à tirer parti en thérapeutique. C'est ainsi que cet alcaloïde est devenu, depuis quelques années, entre les mains de maîtres éminents et de plusieurs médecins distingués, un des

principaux agents de la médication antiphlogistique indirecte ou contro-stimulante ; et c'est à ce titre qu'on l'a utilisé dans plusieurs affections inflammatoires comme succédané de médicaments jusque-là en possession du terrain, du tartre stibié et des antimoniaux dans la pneumonie, du sulfate de quinine ou de l'azotate de potasse à haute dose dans le rhumatisme articulaire aigu ; car ce sont là les deux maladies dans le traitement desquelles la vératrine a été surtout employée, et où elle l'a été avec le plus d'avantage.

Mais de ces deux maladies, la dernière, nous voulons dire le rhumatisme articulaire aigu, est, croyons-nous, celle où la vératrine rend en réalité le plus de services, soit que, dérivée du colchique, cette substance ait une action jusqu'à un certain point spécifique sur l'élément diathésique de cette affection, comme a paru le croire Piédagnel, au moins lors de ses premières expériences, soit que, dénuée de toute propriété de ce genre, comme le pensent MM. Trousseau et Pidoux, et sans doute bon nombre de médecins, elle n'agisse réellement, et en définitive qu'à la façon de tout autre agent contro-stimulant. Quoi qu'il en soit, « dans une maladie, ainsi que le font remarquer les auteurs qui viennent d'être cités, dans une maladie où l'élément inflammatoire est associé à l'élément douleur, comme dans le rhumatisme articulaire aigu, la sédation de la douleur et la dépression presque immédiate exercée sur la grande circulation, ne peuvent qu'avoir généralement une heureuse influence. »

Mais la vératrine étant un médicament d'une grande énergie, qui, outre l'action déprimante qu'elle exerce sur les systèmes circulatoire et nerveux, peut déterminer des troubles du côté du tube digestif, cette énergie de son action spéciale fait qu'on peut avoir crainte de l'appliquer au traitement des maladies de l'enfance. La prudence paraîtrait, en effet, devoir imposer une certaine réserve à l'égard de son emploi chez les jeunes sujets, comme en général, d'ailleurs, à l'égard de l'emploi de tous les moyens de la médication déprimante, des faits, encore assez nombreux, d'accidents funestes témoignant que cette réserve n'est pas sans raison d'être : tels, par exemple, ceux de morts subites dans les cas de croup traités par le tartre stibié à haute dose, comme en a rapporté M. le docteur Bricheteau dans un de nos derniers fascicules.

Cependant, il faut savoir le reconnaître, l'enfant supporte mieux les médications contro-stimulantes qu'on n'est porté à le penser soit *à priori*, soit en raison des accidents du genre de ceux que nous venons de rappeler. Seulement, on peut et l'on doit poser en principe, pour les enfants, comme d'ailleurs pour les adultes, mais à

plus forte raison pour les premiers, que c'est dans les maladies d'ordre sthénique que cette tolérance s'observera surtout. Aussi ne voit-on pas les médecins instruits, les praticiens expérimentés, recourir à la saignée, ni même à la méthode rasorienne, dans les maladies aiguës qui s'accompagnent d'une grande dépression des forces, dans la pneumonie dite *typhoïde*, par exemple.

Parmi les maladies d'ordre sthénique se trouve certainement le rhumatisme articulaire aigu : dès lors les médications déprimantes peuvent être employées chez les jeunes sujets qui en sont atteints, à condition qu'elles le soient rationnellement et avec une surveillance exacte des effets, la vératrine, aussi bien que le tartre stibié à haute dose, aussi bien que la saignée générale, à laquelle beaucoup de praticiens habiles et autorisés, entre autres MM. Rilliet et Barthez, ne craignent nullement de recourir quand le cas paraît l'exiger, notamment dans la maladie qui nous occupe.

Il faut donc savoir gré à M. Bouchut des essais auxquels il s'est livré, relativement à l'emploi de la vératrine dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu chez les enfants. Et quand nous disons essais, c'est un mot qui n'exprime pas l'état des choses en ce qui concerne la pratique du savant et laborieux médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie ; car M. Bouchut, en raison des résultats par lui observés, fait maintenant un usage fréquent, et l'on peut dire journalier, de ce médicament dans la maladie en question, se louant beaucoup des effets qu'il obtient et au point de vue de la tolérance et à celui de l'efficacité du traitement.

M. Bouchut administre la vératrine aux enfants soit en pilules, soit dans un julep, en ayant soin de l'additionner d'une quantité égale d'extrait thébaïque pour en faciliter la tolérance. Il commence par une dose de 1 à 5 milligrammes, suivant l'âge ; cette dernière dose est celle qu'il prescrit en général, à partir de l'âge de dix ans. Il augmente ensuite la dose progressivement, de jour en jour, la doublant le second jour, la triplant le troisième, et ainsi de suite, en tenant compte, bien entendu, des effets produits, s'arrêtant, rétrogradant, supprimant au besoin le médicament : il a pu aller ainsi jusqu'à 35 et 40 milligrammes par jour, donnés en sept ou huit pilules, à intervalles égaux dans les vingt-quatre heures. Dès qu'une amélioration sensible se manifeste et dans les douleurs et dans le taux de la circulation, il suit une progression inverse, diminuant chaque jour la dose jusqu'à revenir graduellement, et en se guidant sur l'état des choses, à la dose initiale et supprimer enfin le médicament. — Il est à noter que, assez fréquemment, pendant la durée de

l'administration de la vératrine, il se produit de la constipation, sans doute sous l'influeuce de l'opium dont elle est additionnée; dans ces cas, il arrive que cette constipation, au bout de quelques jours, est suivie de diarrhée, d'une sorte de débâcle, après quoi la vératrine est moins bien supportée. Dans le but de prévenir cet inconvénient, M. Bouchut est dans l'habitude de faire administrer chaque jour un lavement, et cette pratique lui réussit très-bien.

M. Bouchut a obtenu par cette méthode, qui ne diffère pas de celle employée chez les adultes, des guérisons assez promptes, dans l'espace de quinze jours en moyenne, du jour de l'entrée à celui de la sortie, dans les cas intenses, mais sans complications; dans quelques-uns plus légers, l'amélioration et la disparition des symptômes ont été remarquablement rapides. De ceux, en proportion ordinaire du reste, où se sont produites les complications communes du rhumatisme articulaire aigu, il en est où la vératrine a pu être continuée et où elle l'a été avec avantage, d'autres où il a fallu y renoncer pour recourir à d'autres moyens. En général, dans la très-grande majorité des cas, neuf fois sur dix, la tolérance a été parfaite, et jamais, grâce à la méthode d'administration employée, il n'est survenu, par le fait du médicament, d'accidents sérieux à combattre.

Enfin, pour compléter ce que nous avons vu de la pratique de M. Bouchut relativement à l'application de la vératrine au traitement du rhumatisme aigu, nous ajouterons, en terminant, qu'il y a eu recours également dans une forme de cette affection qui paraîtrait au premier abord se prêter moins bien à l'emploi de la médication déprimante, en raison de la diminution des forces résultant de la maladie primitive : nous voulons parler du rhumatisme scarlatineux. La vératrine y a été supportée non moins bien que dans le rhumatisme franc, et a en général amené des résultats très-avantageux et très-prompts.

En résumé, il résulte des expériences et de la pratique de M. Bouchut : que la médication contro-stimulante, par le moyen de la vératrine, peut être appliquée au rhumatisme articulaire aigu chez les enfants aussi bien que chez les adultes, à condition de procéder avec prudence, en employant la méthode des doses fractionnées; que les jeunes sujets supportent parfaitement ce médicament, aussi bien que ceux d'un âge plus avancé; enfin, que les résultats obtenus sont très-satisfaisants, dignes de fixer l'attention des praticiens et propres à les engager à entrer dans la même voie, et à ne pas craindre de recourir à la vératrine dans les maladies de l'enfance auxquelles elle est applicable.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Estomac (*De l'abstention des aliments amylacés dans le traitement du catarrhe et du ramollissement de l'*). Dans un cas de catarrhe et de ramollissement de l'estomac contenant des sarcines, partant de l'idée que les substances amylacées favorisent singulièrement la fermentation dans cet organe, le docteur Oppolzer proscrivit complétement l'usage de ces substances et le résultat vint confirmer ses prévisions. Les vomissements devinrent aussitôt moins fréquents, et l'on constata dans les matières vomies une diminution dans le nombre des sarcines. Bientôt, sous l'influence du bisulfate de soude, à la dose de 1gr,50 pour 30 grammes d'eau distillée, les vomissements cessèrent tout à fait; le malade prenait, trois fois par jour, une cuillerée à café de la solution de bisulfate de soude. Lorsqu'on aura affaire à un catarrhe de l'estomac, ou lorsqu'on supposera l'existence d'un ramollissement de cet organe, il sera donc prudent de proscrire les aliments amylacés. (*Geneesk Cours* et *Journ. de méd. de Bruxelles*, juillet.)

Fièvre puerpérale *à forme ataxique*; *son traitement par une médication composée*. Dans une épidémie, caractérisée par le prolapsus rapide des forces, qui régna durant l'hiver de 1860 à 1861 dans la maison d'accouchement de Giessen, le docteur Kehrer, ayant employé vainement une foule de moyens, eut recours à l'administration de la morphine et de la quinine, concurremment avec l'usage du camphre et de l'acétate d'ammoniaque liquide. Voici la formule de cette médication : Suivant l'intensité des douleurs abdominales, il faisait prendre, de deux à quatre fois dans les vingt-quatre heures, 1 centigramme de morphine, puis alternativement toutes les deux heures, 5 centigrammes de quinine ou une mixture composée de :

Camphre............	1 gramme.
Gomme arabique.....	4 grammes.
Acétate d'ammoniaque liquide............	30 grammes.
Eau distillée de camomille.............	160 grammes.
Sucre blanc.........	30 grammes.

Cette médication doit être mise en usage jusqu'à l'obtention d'un amendement notable dans les symptômes. L'essai en fut couronné du plus heureux résultat; sous l'influence d'une forte diaphorèse, en même temps que d'une augmentation dans la sécrétion des urines, des lochies et du lait, on obtenait déjà de l'amélioration au bout d'un à deux jours; dans un seul cas sur douze, l'amélioration survint seulement le cinquième jour. Le docteur Kehrer attribue une grande importance à l'administration combinée et successive de ces divers agents médicamenteux, parce que, employés isolément, ils n'ont jamais procuré de résultats aussi avantageux. Il ajoute enfin que l'administration de la quinine comme prophylactique est restée sans effet dans ses mains. Nous ferons remarquer à cet égard que notre confrère allemand emploie ce sel à beaucoup moindre dose que MM. Beau et Cabanellas, dont nous avons signalé récemment encore la pratique. (*Monatsch. fur Geburtsk*, et *Journ. de méd. de Bruxelles*, juillet.)

Fracture *avec déplacement de la colonne vertébrale chez un acrobate*; *guérison*. Les fractures de la colonne vertébrale, surtout quand elles s'accompagnent de déplacement et de compression de la moelle, sont presque toujours mortelles; il est extrêmement rare et par conséquent intéressant de voir à la suite de ces accidents la paralysie se dissiper peu à peu, la sensibilité et le mouvement reparaître et la guérison s'établir. C'est sous ce point de vue que le fait suivant nous a paru digne d'être rapporté ici.

F. M***, le Léotard de Londres, faisait à l'Alhambra des exercices de trapèze lorsque, manquant la traverse, il fut lancé à une distance de vingt pieds avec une telle violence, qu'il rebondit trois pieds plus loin. Il chercha à se relever, mais il s'aperçut que toute la moitié inférieure du corps était paralysée. Il fut transporté à Charing-Cross, où M. Hancock le vit une heure après l'accident. Il constata une fracture avec déplacement de la dixième vertèbre dorsale. Toutes les parties situées au-dessous étaient complétement paralysées du sentiment et du mouvement. Pendant le premier mois, le traitement consista à lui faire garder une immobilité absolue, en provoquant par le cathétérisme l'évacuation de l'urine.

Après cette époque, il restait encore beaucoup d'empâtement dans la région malade, qu'on badigeonna avec de la teinture d'iode pure ; le résultat apparent fut bon, car un peu de mouvement reparut dans les muscles de la hanche, et un peu de sensibilité dans les régions abdominale, génitale et poplitée. On lui fit prendre trois fois par jour un demi-grain (25 milligrammes) de sulfate de zinc et un trentième de grain de strychnine trois fois par jour (soit $1^m,50$ environ). L'usage de ces médicaments fut suivi de douleurs aiguës dans les jambes et d'augmentation de la motilité dans les cuisses et les hanches, surtout à gauche. A la fin du deuxième mois, le gonflement du dos disparut, et l'on sentit distinctement l'épine et la lame de la dixième vertèbre dorsale faisant en arrière une saillie de près d'un quart de pouce, légèrement inclinée à gauche. A la fin du troisième mois, il pouvait remuer les cuisses et les jambes, mais non les pieds, lever la jambe de dessus le plan du lit, la croiser sur l'autre et s'agenouiller sur son lit. La miction, la défécation étaient naturelles ; les érections avaient reparu. Au moment de son départ pour l'Amérique, il put, en soutenant les genoux avec une attelle, pour empêcher leur flexion involontaire, se promener par la chambre soutenu par sa femme et un ami. — La gouttière Bonnet aurait beaucoup mieux rempli que l'attelle cette dernière indication, et c'est dans des cas de ce genre, où il y a tant à craindre les escarres et toutes les conséquences graves d'un décubitus prolongé, que le matelas à eau en caoutchouc, dont nous avons récemment entretenu nos lecteurs, serait surtout appelé à rendre des services. (*The Lancet* et *Gaz. hebd.*, mai 1862.)

Goître. *De sa disparition par le changement de climat.* Si l'on ne savait déjà que le goître est localisé presque exclusivement dans certaines régions, dont il dépasse rarement les limites soit en latitude, soit en hauteur, rien ne démontrerait si bien son origine toute locale que l'influence qu'exerce le déplacement sur les familles goîtreuses. En voici un exemple remarquable rapporté par M. le docteur Guyon.

Un consul belge, M. D***, arrive à Santiago, capitale du Chili, vers la fin de 1858 ; il venait de Lima, avec sa femme et deux jeunes filles, l'une âgée de dix ans, l'autre de douze. Cette famille était depuis quinze mois à Santiago, lorsqu'une dame de leurs amies, née dans le pays, fait remarquer à Mme D*** que ses deux filles sont goîtrées ; elles l'étaient même déjà assez fortement. La mère était restée étrangère à cette influence du pays. Alarmée sur l'état de ses enfants, M. D*** consulte aussitôt les médecins du pays : tous s'accordent à lui conseiller, comme le meilleur moyen à employer, l'éloignement des lieux, le changement de climat. Ce conseil est parfaitement goûté, et sa mise à exécution n'est retardée que jusqu'au départ du premier bâtiment pour l'Europe. Le départ eut lieu le 11 août 1859. La traversée fut longue (de 110 jours). Chemin faisant, les jeunes personnes, instinctivement, se passaient souvent la main sur le cou, et elles ne tardèrent pas à s'apercevoir ainsi que leurs tumeurs s'amoindrissaient pour ainsi dire chaque jour, à tel point qu'elles avaient diminué de près de moitié à l'arrivée du navire à Cherbourg. De ce port Mme D*** et ses enfants se rendirent à Bruxelles, où les tumeurs disparurent bientôt complétement. Il n'en restait plus de traces dès le commencement de l'année suivante. Cette famille se trouvant dernièrement à Paris, M. Guyon a pu s'assurer lui-même de la parfaite guérison de ces jeunes personnes.

A ce fait de la disparition du goître par le changement de climat, M. Guyon joint le suivant, fourni par les émigrants du Valais, qui, en 1852 ou 1853, vinrent débarquer à Alger pour y demander des terres à cultiver. Il y avait parmi eux bon nombre de goîtreux, surtout parmi les femmes. On leur assigna pour habitation le cercle de Coléah, au sud-ouest d'Alger ; ils y peuplèrent les hameaux. Un an environ après leur établissement dans ces hameaux, on put déjà constater une amélioration sensible dans le volume des tumeurs. Cette amélioration se continua dans le cours des années suivantes, de telle sorte qu'en 1856, époque de sa dernière inspection des hameaux valaisiens, M. Guyon n'a pu en retrouver aucune. Alors, il est vrai, beaucoup de leurs habitants avaient disparu, emportés par les fièvres de la contrée, et quelques goîtreux pouvaient se trouver parmi les morts. Il s'y trouvait en effet deux ou trois vieilles goîtreuses, que dix-huit mois auparavant M. Guyon avait aperçues en visitant ces colons ; mais leurs tumeurs s'étaient profondément modi-

fiées, de manière à ne plus offrir que des nodosités en grande partie calcaires.

Ces faits expliquent aussi les succès obtenus à Paris chez des sujets venus des contrées goîtreuses pour se faire traiter. Le changement de climat a dû très-probablement avoir à lui seul plus d'action que les médicaments employés. (*Compte rendu de l'Acad. des sciences*, mai 1862.)

Nævi materni; *leur traitement par l'emploi topique du tartre stibié.* La ressemblance si grande qui existe entre les boutons de la vaccine et les pustules produites par l'action topique de l'émétique nous a fait proposer, il y a longtemps déjà, d'avoir recours à l'inoculation de ce sel, dans les cas où les sujets étaient vaccinés, de préférence à l'injection de l'huile de croton tiglium. M. le docteur Zeissl a recours au même agent. qu'il emploie topiquement. Pour cela, il fait un mélange de 1 gramme de tartre stibié et de 4 grammes d'emplâtre de diachylon, et il en applique une couche de l'épaisseur d'une lame de couteau sur la tache à détruire, de manière à ce que celle-ci soit complétement recouverte et même un peu au delà de ses bords. L'emplâtre est maintenu et placé à l'aide de bandelettes de papier gommé. Du cinquième au sixième jour, la tache commence à suppurer dans toute son étendue et il se forme bientôt une croûte qui se détache ordinairement au bout de quatorze jours. Après sa chute, elle laisse une cicatrice parfaitement lisse. Quand la suppuration est trop considérable, on enlève le pansement et on le remplace par un linge huilé; dans le cas contraire, on le laisse en place jusqu'à ce qu'il tombe de lui-même. Si, par le déplacement de la matière emplastique, une partie de la tache n'est pas détruite, il faut en faire une nouvelle application sur cette partie. Ce moyen n'est nullement douloureux et est d'un effet certain. M. Zeissl avoue n'en avoir pas encore fait l'essai sur la muqueuse de la bouche ; sur cette région, les emplâtres seraient difficilement maintenus en place, et dans ce cas l'inoculation du médicament reprendrait son avantage. (*Geneesk Cour.* et *Journ. de méd. de Bruxelles*, juillet.)

Névralgie *iléo-lombaire et crurale, accompagnée de contractions choréiformes de la cuisse droite* (*coxalgie hystérique*); *chloroforme ; cessation des accidents choréiques.* On pouvait voir récemment dans le service de M. le professeur Gosselin, à l'hôpital de la Pitié, une jeune fille de dix-neuf ans atteinte de cette variété de douleur de la hanche avec claudication de temps à autre, que les cliniciens modernes, et notamment M. Robert, ont désignée sous le nom de *coxalgie hystérique* ou *coxalgie nerveuse*. Cette jeune fille a raconté qu'elle était sujette depuis plusieurs années à des accès nerveux qu'elle ne peut pas bien préciser, et dont on n'a pas encore été témoin à l'hôpital; que de plus elle a été atteinte, il y a quelques années, d'une affection semblable à celle dont elle se plaint aujourd'hui. Depuis quelques semaines les douleurs sont devenues très-fortes et la marche impossible. M. Gosselin pensa d'abord naturellement à une maladie de la hanche. Mais en découvrant le membre, il remarqua qu'il était le siége d'un mouvement continu consistant en une ascension avec rotation légère en dehors, bientôt suivie d'une descente et d'une rotation en dedans, c'est-à-dire du retour à la position naturelle de l'extension. Mais ce retour n'avait pas plutôt eu lieu, que la rotation en dehors recommençait, et cette alternative de contraction et de relâchement était tellement régulière, que M. Gosselin a pu, à diverses reprises, compter 35 à 40 de ces mouvements par minute. La malade accusait de plus une douleur dans le pli de l'aine, et cette douleur offrait ce caractère particulier d'augmenter surtout par la pression qu'on exerçait avec la main en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, et dans une étendue de plusieurs centimètres au-dessus. Il n'était pas nécessaire que cette pression fût très-forte pour éveiller une sensation très-énergiquement accusée. Son siége principal a paru être celui des deux branches abdomino-crurales du plexus lombaire. Mais il s'agissait de savoir si l'articulation de la hanche était malade, et si la sensibilité et les contractions cloniques de la fesse et de la cuisse étaient sous la dépendance d'une coxalgie articulaire. Le raccourcissement apparent du membre, par suite de l'élévation du bassin, et une cambrure lombaire très-prononcée, portaient à le penser. Mais il n'était pas possible de compléter l'exploration par l'inspection des mouvements communiqués, car ces mouvements augmentaient la douleur et

amenaient une contracture de presque tous les muscles péri-articulaires. Il fut décidé que l'on emploierait des frictions fortement chloroformées, et que si le lendemain l'état des choses persistait, la malade serait endormie avec du chloroforme.

A la visite du lendemain, M. Gosselin constata que les mouvements alternatifs de la cuisse et de la hanche n'existaient plus; ils avaient disparu après la troisième ou quatrième friction avec le liniment chloroformé; que le raccourcissement apparent avec élévation du bassin avait disparu; que la malade exécutait elle-même tous les mouvements de la hanche, et qu'on pouvait communiquer à cette articulation tous les mouvements, sans qu'ils fussent transmis plus qu'à l'état ordinaire au bassin et aux articulations sacro-vertébrale et vertébrale. M. Gosselin reconnut dès lors qu'il s'agissait non d'une maladie articulaire, mais d'une névralgie iléo-lombaire accompagnée de contractions cloniques. Les choses persistèrent ainsi pendant quelques jours; puis, un matin, les convulsions cloniques étant revenues avec redoublement des douleurs, M. Gosselin s'empressa de mettre à exécution le projet qu'il avait eu dans le principe, de soumettre la malade à l'anesthésie. La malade a été facilement endormie, et l'on a vu cesser aussitôt les contractions. Non-seulement elles n'ont pas reparu après le réveil, mais elles ne se sont pas reproduites depuis, et la malade a éprouvé une diminution tellement notable de ses souffrances, qu'elle a pu, à dater de ce moment, se lever tous les jours et marcher. Elle a été soumise après au traitement hydrothérapique et aux pilules de Vallet, pour combattre l'état chlorotique auquel lui a paru se lier la névralgie iléo-lombaire. (*Gaz. des hôpit.*, juin 1862.)

Noix vomique *dans le traitement de certaines névroses et dans l'albuminurie.* Dans notre livraison du 30 mars dernier nous avons rapporté, d'après l'*Imparziale* de Florence, un exemple de guérison d'albuminurie par la noix vomique. L'importance de cette nouvelle application thérapeutique nous détermine à donner aujourd'hui le résumé d'un mémoire lu par le professeur Brugnoli à la Société médico-chirurgicale de Bologne, et dans lequel ce praticien fait connaître le résultat des expériences qu'il a faites sur la noix vomique dans le traitement de diverses névroses de la vie végétative. Les névroses dans lesquelles ce médicament a manifesté une vertu curative non douteuse sont le vomissement nerveux et celui des femmes enceintes, la toux nerveuse périodique, la dyspnée, l'asthme, l'hypocondrie, les pulsations exagérées et irrégulières du cœur et de l'aorte abdominale; de ces faits d'observation, il conclut que la noix vomique a pour effet non-seulement d'exciter la contraction des muscles qui reçoivent leurs nerfs de la moelle épinière, mais encore de régulariser l'état nerveux des nerfs pneumogastriques et grand sympathique soit directement, soit au moyen des relations et des rapports qui unissent ces nerfs au bulbe rachidien. Ce fut en essayant ce médicament dans un cas de dyspnée présentant en outre des symptômes d'albuminurie que M. Brugnoli conçut l'idée d'employer la médication dont il s'agit contre la maladie de Bright; l'efficacité de la noix vomique lui parut ensuite confirmée par deux expériences ultérieures. Il explique ce fait en rapportant à une névrose la condition primitive de cette maladie, et en considérant comme secondaire la lésion rénale; il résulte de cette manière de voir que la noix vomique peut être utile aussi longtemps que la lésion du rein n'est ni profonde ni avancée; dans le cas contraire, ce remède n'est pas plus efficace que tous les autres moyens qui ont déjà été expérimentés; il le prouve en rapportant quelques faits où la noix vomique a été employée sans aucun résultat.

A l'appui de l'opinion émise par M. Brugnoli, M. Gamberini a déclaré, que, d'après lui, les ressources de l'art ne peuvent rien lorsque la lésion rénale est profonde et la dégénérescence de cet organe avancée, tandis qu'on peut constater l'efficacité du médicament dont il s'agit lorsque l'albuminurie est accidentelle et non accompagnée de lésion organique. Il a cité à ce sujet deux observations de malades chez lesquels il avait constaté une infiltration séreuse des extrémités inférieures, la présence d'une blennorrhagie accompagnée d'adénite scrofuleuse; ces deux malades furent rapidement guéris par l'administration de la noix vomique, tandis que dans un troisième cas où, il existait une lésion des reins, il n'a retiré aucun avantage de ce médicament, même employé à dose considérable. (*Presse médic. belge*, juin 1862.)

Ophthalmie (*Emploi de l'arsenic dans quelques formes d'*), *spécialement chez les enfants*. Nos lecteurs doivent se rappeler encore le travail de M. Bouchut, que nous avons inséré (t. LIX. p. 433) et dans lequel notre savant collaborateur appelle l'attention des praticiens sur la valeur des préparations arsenicales, et plus particulièrement l'*arséniate de soude*, dans les manifestations les plus tenaces des affections scrofuleuses. Dans ces derniers temps, le docteur Critchett a fait un fréquent usage de ces mêmes préparations dans le traitement de l'ophthalmie pustuleuse, cette forme si rebelle aux médications habituellement recommandées, et il se loue beaucoup des résultats. Cet agent paraît surtout efficace chez les sujets jeunes et principalement dans les cas opiniâtres, alors que l'affection a une durée plus longue que d'habitude et est accompagnée d'une photophobie intense et de troubles nombreux dans l'économie. Dans de semblables cas, l'usage interne de la quinine et des préparations ferrugineuses produit souvent de très-bons résultats, mais l'arsenic semble agir ici d'une manière tout à fait particulière et plus efficace. On peut, du reste, l'associer aux préparations martiales. Pour les enfants scrofuleux, le vin chalybé constitue un véhicule excellent Pour un enfant de cinq ans, six gouttes de liqueur de Fowler, administrée trois fois par jour dans une cuillerée à café de vin chalybé, est une dose très-convenable, sous l'influence de laquelle on pourra voir disparaître très-promptement maints cas d'ophthalmie pustuleuse très-rebelle, (*Med. Times* et *Journ. de méd. de Bruxelles*, juillet.)

Ulcère *simple de l'estomac. Diagnostic et traitement.* L'ulcère simple de l'estomac, quoique bien connu au point de vue anatomo-pathologique, est cependant encore une des affections qui embarrassent ou qui induisent le plus souvent en erreur les praticiens même les plus consommés. M. Cazeneuve, de Lille, a cherché à tirer du rapprochement de plusieurs faits soumis à son observation des indications diagnostiques et thérapeutiques propres à guider le praticien dans le traitement de cette affection. Voici en quels termes il la résume :

La dyspepsie, sous ses différentes formes, constitue plus souvent qu'on ne pense le seul cortége des affections organiques de l'estomac. Ne voyant là qu'une névrose, on prescrit des toniques, un régime approprié, et l'on arrive ainsi à des altérations de plus en plus graves de l'estomac. Il ne faut pas oublier que souvent ces symptômes dyspeptiques sont dus à une inflammation chronique de cet organe. Cela est si vrai qu'on ne reconnaît quelquefois l'affection de la muqueuse gastrique qu'après une hémorrhagie grave et quand l'ulcération est déjà complète.

Les symptômes de la dyspepsie secondaire, liée à la chlorose, à la chloro-anémie, à une diathèse, aux excès ou à des troubles fonctionnels génitaux, n'ont pas habituellement la permanence, la progression de ceux qui sont le résultat d'une inflammation de la muqueuse gastrique. Dans celle-ci, les émollients, les aliments doux, le lait surtout conviennent spécialement ; ce n'est pas le traitement ordinaire de la dyspepsie. Dans l'ulcère simple, le vin pur, les liqueurs alcooliques, les aliments excitants, quand l'estomac est à peu près vide, augmentent notablement la douleur épigastrique, et le malade recherche instinctivement les aliments doux.

Il n'est pas toujours possible de distinguer nettement la dyspepsie simple de l'irritation chronique de la muqueuse, les deux maladies donnant souvent lieu aux mêmes symptômes. C'est par des tâtonnements et par voie d'exclusion qu'on parvient à établir ce diagnostic. Dans les cas douteux, il faut commencer le traitement par des moyens doux, et il n'est pas rare de voir alors tous les accidents s'amender. Les toniques, les ferrugineux, une alimentation forte ne conviennent pas d'ailleurs toujours dans le traitement de la dyspepsie simple ; souvent on les prescrit à trop haute dose et trop longtemps. La cessation de l'emploi de ces moyens a suffi quelquefois pour faire disparaître tous les symptômes.

Une hématémèse abondante, suivie pendant quelques jours de selles sanglantes, est le symptôme presque pathognomonique de l'ulcère de l'estomac.

Dans l'ulcère simple de l'estomac, le lait, comme boisson et comme aliment, l'eau de Vichy, les fécules au lait ou aux bouillons légers, les panades, les huîtres, le chocolat, continués pendant plusieurs semaines, ont semblé à M. Caseneuve toujours utiles, et il a été quelquefois assez heureux pour

triompher complétement des symptômes déjà graves qu'il avait sous les yeux. Il faut s'abstenir de vin pur, de liqueurs alcooliques. On pourra conseiller, dans certains cas, le thé, le café au lait, les boissons amères. Dans le traitement de cette affection, il importe de ne s'écarter du régime doux et des précautions de régime qu'avec une extrême prudence. La glace, le sirop d'opium, la diastase, les vésicatoires volants pansés avec l'hydrochlorate de morphine, les bains émollients, gélatineux, peuvent trouver leur emploi dans ce traitement. On devra, d'ailleurs, recourir aux médicaments avec beaucoup de réserve. C'est surtout à la bonne direction du régime diététique qu'il faut s'attacher. L'habitation à la campagne est favorable. Les malades doivent éviter un exercice forcé, des impressions morales pénibles et des travaux d'esprit fatigants. (*Bull. méd. du Nord* et *Gaz. hebdom.*, mai 1862.)

VARIÉTÉS.

De la restauration du nez.
Parallèle des procédés autoplastiques et des pièces de prothèse (1).

Mais revenons au sujet principal de nos recherches, les appareils prothétiques. Ce que nous avons dit des modèles destinés à remédier aux destructions complètes du nez nous dispenserait de revenir sur ce point, si nous n'avions quelques particularités à signaler.

Les auteurs, faute d'avoir recherché les occasions de se rendre compte de l'étendue des ressources de la prothèse, professent à cet égard des idées complétement erronées. Ainsi Serre, à la fin de son chapitre sur la rhinoplastie, dit : « A quoi bon, d'ailleurs, exagérer les résultats que donne cette opération ? alors même que les nez que l'on fait avec la peau du front ou des joues n'auraient pas toute la régularité désirable, ces nouveaux nez ne sont-ils pas encore préférables à ceux que l'on fabrique en argent ou en carton ? Outre que le malade qui a un de ces nez artificiels ne peut ni se moucher, ni éternuer, sans s'exposer à le voir se détacher, ne peut-il pas arriver encore que la pression exercée par cette espèce d'opercule ulcère les contours des fosses nasales et oblige les malades à renoncer à en faire usage ? » Ces faits sont possibles, à la rigueur ; mais pas un des malades que nous avons interrogés tout spécialement sur ces points n'a jamais éprouvé aucun de ces accidents. Ils éternuent sans que leur pièce

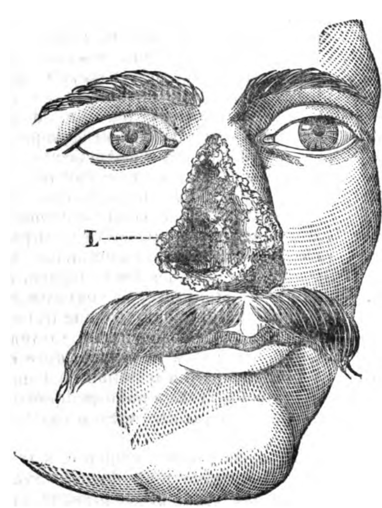


Fig. 15.

(1) Suite, voir les précédentes livraisons, p. 331, 379, 423 et 470.

bouge; et les bords du nez artificiel n'irritent pas la peau sur laquelle ils reposent, à la condition toutefois que l'appareil prothétique ait été fabriqué exprès pour l'individu. Enfin, je n'ai pas encore rencontré d'individus ayant dû renoncer à ce mode de prothèse.

On a vu que, à part les pertes de substance de la racine du nez, on ne parait aux autres difformités que par l'usage d'une pièce métallique représentant l'organe en entier. Cette étendue de l'appareil est commandée surtout par l'addition des branches de lunettes destinées à la maintenir en place. La portion de ces branches qui se recourbe derrière les oreilles suffit presque toujours pour maintenir la pièce solidement fixée ; si ce mode de contention laissait à désirer, rien ne s'opposerait à ce qu'on ajoutât à l'extrémité de ces branches des bouts de cordon que l'on fixerait derrière la tête à l'aide d'agrafes, ainsi qu'on le pratique pour les serre-bras. Nous devons faire remarquer l'artifice employé

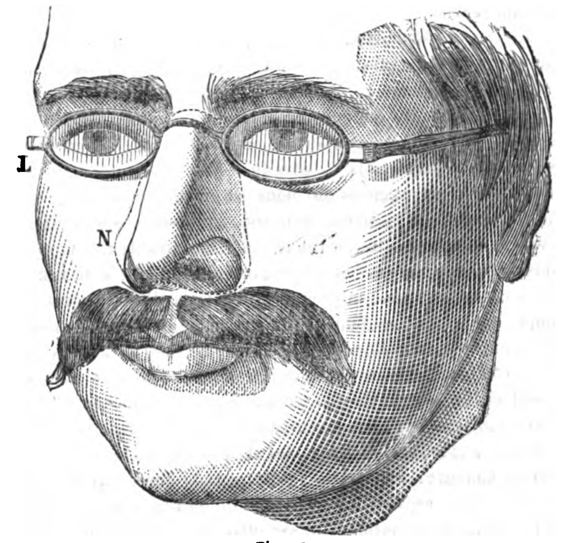


Fig. 16.

par M. Charrière pour empêcher que les mouvements des branches de lunettes soient transmis au nez artificiel. Dans tous les modèles de cet ingénieux fabricant, les deux parties de l'appareil sont réunies au moyen d'une articulation qui rend leurs mouvements indépendants.

Lorsque la mutilation porte seulement sur le lobule et les narines, on a cherché à se passer de ce moyen de contention, de façon à ne donner à la pièce prothétique que les dimensions de la perte de substance. Ainsi, Desault parle de nez maintenus au moyen d'un ressort introduit dans les narines, mais sans le décrire. M. Charrière a essayé sur une malade de M. Broca de faire usage d'une forte serre-fine; cette dame a dû y renoncer pour revenir à l'usage d'un nez artificiel garni de lunettes. Nous avons signalé déjà les essais de M. Luër.

Deux causes s'opposent au succès de ces moyens de contention prenant un point d'appui à l'intérieur des fosses nasales; s'ils sont volumineux ils portent obstacle à l'introduction de l'air et gênent la respiration; s'ils sont étroits et

exercent une certaine pression sur les parois, ils finissent par provoquer l'ulcération de la muqueuse; aussi, les malades ne tardent pas à revenir au modèle courant. Nous pourrions placer ici, à titre d'exception, l'observation d'une dame employée à la Salpêtrière, chez laquelle le lupus a détruit une grande partie de la lèvre supérieure, en même temps que le nez, et pour laquelle M. Luër a fabriqué une pièce en caoutchouc représentant la moitié inférieure du nez et toute la lèvre; mais l'examen de cet essai viendra plus utilement dans le chapitre où nous traiterons de la restauration mécanique des lèvres.

Lorsque la perte du nez est le résultat d'une maladie syphilitique on voit souvent des perforations de la voûte palatine compliquer la difformité. Si l'ouverture palatine est étroite, et placée à la partie antérieure de la bouche, on peut ajouter à la partie inférieure du nez artificiel une petite plaque mobile qui va s'appliquer sur le plancher des fosses nasales, et obture cette ouverture. Nous avons constaté cette application sur un des malades que M. Broca nous a fait voir dans son service.

Enfin, tandis que l'autoplastie peut intervenir alors seulement que la cause qui produit la perte de substance est guérie, il n'en est pas de même de la prothèse; celle-ci rend encore des services incontestables pendant la durée de la maladie. Ainsi dans les cas de cancroïdes du nez, à marche lente, une pièce artificielle (fig. 15 et 16), en cachant les surfaces ulcérées et en maintenant les pièces de pansement, permet aux malades de ne pas vivre complétement séquestrés du monde. En voici un exemple qui nous est fourni par le docteur Dunglaz.

Obs. *Cancroïde du nez; usage d'un nez artificiel.* — « M. X***, natif de Buenos-Ayres, d'une constitution robuste, âgé de soixante et dix ans, est atteint depuis plus de trente années d'un ulcère cancéreux du lobule du nez. Je donnais des soins à ce malade pour la première fois en 1843. L'ulcération n'avait à cette époque que l'étendue d'un centimètre, elle était parfaitement arrondie. Je parvins à en obtenir la cicatrisation en peu de temps. Cette cure ne fut que temporaire, et l'ulcère s'étant reproduit, le malade s'adressa successivement à tous les médecins de Lima. Quoique le mal marchât avec une extrême lenteur, il se décida à partir pour l'Europe, en passant par l'Amérique du Nord. A New-York, il se laissa enlever son cancroïde, et la cicatrisation ayant eu lieu, il se crut guéri de nouveau. Son espoir fut de peu de durée; avant son arrivée à Paris, la plaie avait reparu. En 1854, on lui pratiqua deux opérations : la dernière fut suivie d'une autoplastie par glissement, mais sans plus de succès. Dans un voyage que je fis ici en juin 1852, je rencontrai mon ancien malade, qui me raconta ses misères et me pria de reprendre la direction de son traitement. Je renonçai pour le moment aux secours de la chirurgie active et voulus essayer des ressources des agents internes. Afin de seconder leur action, j'exigeai que le malade cessât de vivre isolé, et pour remplacer le linge triangulaire avec lequel il couvrait son ulcération, je songeai à lui faire porter un nez artificiel. Je confiai mon malade à M. Préterre, qui, avec son habileté bien connue, lui fit une pièce en argent, tenant en place à l'aide de branches de lunettes [1]. La réussite fut si complète, que le malade n'hésita plus à renouer ses anciennes relations, reprit ses promenades à pied et ses visites aux divers théâtres. Ce changement de vie, aidé de quelques toniques et des pansements avec une

[1] Les deux figures, 15 et 16, sont extraites de l'album inédit de M. Préterre sur les restaurations mécaniques de la face.

huile arsenicale, arrivèrent à amener une cicatrisation complète de l'ulcère. Pendant les trois mois que celle-ci dura, M. X*** allait racontant partout le miracle que j'avais accompli à son égard. Le mal ayant reparu, toutes les célébrités chirurgicales de Paris furent appelées tour à tour à lui donner leurs soins, et j'ai fini par perdre de vue le malade; mais pendant toute la durée du temps où il fut sous ma direction, j'ai pu me convaincre des services que lui rendait sa pièce prothétique. Plusieurs fois ses bords durent être élargis et enfin des moustaches postiches vinrent remplacer les naturelles; à l'aide de ces modifications, la plaie restait cachée, et le malade vivait de la vie commune. »

(*La fin au prochain numéro.*)

Décret qui règle les conditions du stage dans les hôpitaux exigé des aspirants au doctorat en médecine et des aspirants au grade d'officier de santé.

Art. 1er. — A partir du 1er novembre 1862, nul ne pourra obtenir le grade de docteur en médecine ou le titre d'officier de santé s'il n'a suivi pendant le temps ci-après fixé, comme élève stagiaire, en se conformant aux dispositions d'ordre intérieur déterminées par les administrations des hospices, le service d'un des hôpitaux placé près la Faculté ou l'Ecole préparatoire où il prend ses inscriptions.

Art. 2. — Dans les Facultés de médecine, le stage prescrit par l'article précédent commencera, pour les aspirants au doctorat, après la huitième inscription validée, et se continuera jusqu'à la seizième inclusivement; pour les aspirants au titre d'officier de santé, il commencera après la quatrième inscription validée, et se continuera jusqu'à la douzième inclusivement.

Dans les Ecoles préparatoires, le stage commencera, pour les uns comme pour les autres, après la quatrième inscription validée, et se continuera jusqu'à la quatorzième inclusivement.

Art. 3. — Les élèves en médecine des Ecoles préparatoires qui passeront dans une Faculté seront soumis, pendant le temps où ils achèveront leurs études, aux conditions de stage imposées pour la même période aux élèves des Facultés, quel que soit d'ailleurs le temps de stage qu'ils aient déjà accompli près l'Ecole d'où ils sortent.

Art. 4. — Les inscriptions prises pendant l'accomplissement du stage ne seront délivrées, soit dans les Facultés, soit dans les Ecoles préparatoires, que sur l'attestation du chef de service et du directeur de l'hospice, constatant que l'élève a rempli avec assiduité, pendant le trimestre expiré, les fonctions auxquelles il aura été appelé pour le service des malades.

Art. 5. — Les élèves des Facultés qui auront obtenu au concours le titre d'externe ou d'interne dans un hôpital seront toujours admis à faire compter la durée de leurs services en cette qualité pour un temps équivalent de stage.

Il en sera de même pour les élèves des Ecoles préparatoires en ce qui concerne exclusivement le stage qu'ils doivent accomplir près ces Ecoles. Les élèves externes ou internes seront tenus, comme les élèves stagiaires, de justifier de leur assiduité dans les hôpitaux par des certificats trimestriels délivrés en la forme indiquée en l'article 4.

Art. 6. — Les aspirants au doctorat en médecine doivent, à moins de motifs graves, dont le ministre sera seul juge, subir consécutivement les cinq examens de fin d'études et la thèse devant la Faculté où ils ont pris leurs deux

dernières inscriptions, et près laquelle, par conséquent, ils auront terminé leur stage.

Art. 7. — Un arrêté du ministre de l'instruction publique et des cultes déterminera ultérieurement les dispositions réglementaires propres à assurer l'exécution du présent décret.

La distribution annuelle des prix aux élèves sages-femmes de la Maternité a eu lieu sous la présidence de M. Husson, directeur général de l'assistance publique. Le 1er prix a été obtenu par Mlle Zoé Largillière ; les autres élèves nommées sont : Mlle Becquenot, Mlle Prouveur et Mlle Mallet.

M. Mouffet, chirurgien principal à la Guadeloupe, est nommé second médecin en chef à la Martinique.

Sont promus au grade de médecins-majors de 1re classe au corps expéditionnaire du Mexique, MM. Lelorrain et Claudel ; au grade de pharmacien-major de 1re classe M. Merchies ; au grade de médecin aide-major de 1re classe M. Bernard.

MM. Cadourne, médecin-major, Touraire et Londe, médecins aides-majors, sont désignés pour faire partie du corps expéditionnaire au Mexique.

M. Graud-Boulogne, ancien vice-consul aux Antilles et médecin à Paris, vient d'être chargé par le ministre de la guerre, avec autorisation de l'Empereur, d'aller à la Vera-Cruz pour s'y consacrer au traitement des malades des armées de terre et de mer qui pourraient être atteints de la fièvre jaune.

Ont été nommés dans la Légion d'honneur, au grade de chevalier, M. Clary, médecin aide-major, M. Thomas, pharmacien, aide-major ; au grade d'officier, M. Coindet, médecin-major de 1re classe.

Par arrêté de M. le directeur général des services civils, préfet d'Alger, ont été nommés : M. le docteur Ed. Bruch, professeur suppléant, chef des travaux anatomiques de l'Ecole de médecine d'Alger, chirurgien adjoint à l'hôpital civil de Mustapha, et M. Liautaud, chirurgien principal de la marine, en retraite, médecin en chef de l'hôpital de Douéra.

M. le docteur F. Barthez vient de faire don à la Société de prévoyance des médecins de la France d'une somme de 100 francs. Un don de la même somme lui a été également adressé par M. Marit, professeur à Alger ; enfin, M. le docteur Lucas (d'Orléans) lui a fait tenir une somme de 20 francs.

M. le docteur Gérardin, membre de l'Académie de médecine, que le mauvais état de sa santé avait engagé à retourner au sein de sa famille, qui habite Nancy, vient de mourir dans cette ville. M. Gérardin appartenait à la section d'hygiène et de médecine légale.

M. Bouis, agrégé à l'Ecole supérieure de pharmacie, est chargé de la direction des travaux pratiques de première et troisième années ; et M. Personne est chargé de la surveillance des épreuves pratiques exigées pour le troisième examen des aspirants aux diplômes de 1re et 2e classes.

Pour les articles non signés, K. DEBOUT.



THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du vertige nerveux et de son traitement par le valérianate de zinc (1).

Par M. le professeur J. Delioux de Savignac.

Voyons maintenant s'il n'y a pas encore mieux à attendre du valérianate de zinc dans le traitement du vertige nerveux essentiel.

Je ne mets pas en doute l'existence de ce vertige comme espèce nosologique, comme névrose distincte, qu'aucune sympathie ne provoque alors, et qui n'apparaît plus comme symptôme accidentel d'une autre maladie. Les incertitudes qui peuvent régner encore à cet égard dans l'esprit de plusieurs médecins doivent provenir de ce que l'occasion d'observer des faits de cette nature leur a manqué. Cette névrose est rare; mais quand elle se manifeste, et quand sa durée se prolonge, et c'est malheureusement ce qui a lieu si un traitement favorable n'en borne pas le cours, il me paraît impossible de la méconnaître indéfiniment. En effet, quelles que soient l'intensité des accidents et la fréquence de leurs retours, si ces accidents ont pu un moment en imposer au médecin pour une lésion organique grave des centres nerveux, en étudiant de près ces accidents, en constatant tout ce qui leur manque pour qu'ils soient réellement le symptôme d'une maladie irremédiable ou tout au moins compromettante de l'encéphale, en voyant enfin un degré relatif de santé se maintenir et la vie résister aux attaques violentes qui traduisent la perte momentanée de l'équilibre des fonctions nerveuses, on ne tarde pas à se convaincre que l'on n'est en présence que d'une névrose spéciale, où la lésion dynamique est seule appréciable, mais où elle l'est à un tel point et avec un tel cachet, que l'on ne peut plus la confondre avec une autre maladie. Je conviens toutefois qu'il y a souvent de quoi se méprendre au premier abord, et je m'y suis mépris moi-même. Le vertige nerveux acquiert parfois une véhémence qui inquiète, et peut s'accompagner de phénomènes bizarres, qui, surtout si le sujet s'en préoccupe outre mesure, inspirent un mélange de doutes et de craintes sur la nature réelle de la maladie. Malades et médecins sont souvent portés à redouter une imminence de congestion cérébrale, d'apoplexie, voire même de vertige épileptique. Mais quand les malades rendent

(1) Suite et fin, voir la livraison précédente, p. 5.

exactement compte de leurs sensations et quand les médecins analysent bien la situation, les uns et les autres reconnaissent que les phénomènes les plus caractéristiques des graves maladies que nous venons de citer font complétement et heureusement défaut dans le vertige nerveux essentiel.

Ainsi, dans celui-ci, pas de sensation réelle d'afflux du sang vers la tête, mais plutôt sensation de vacuité intra-crânienne, point de paralysie d'aucun côté, pas d'embarras de la parole, jamais de perte de connaissance, et, au contraire, pour peu surtout que le sujet garde son sang-froid, appréciation bien sentie de la situation, de toutes les perversions sensorielles intervenues, pas de perte de conscience, en un mot, chute rarement, mais, en tous cas, sans beaucoup de force de projection, sans *ictus*.

Tantôt l'état vertigineux est continu et accidenté de temps à autre par des attaques plus violentes de vertige, par de véritables paroxysmes de la névrose ; tantôt, et c'est le cas le plus ordinaire, la sensation vertigineuse naît inopinément au milieu d'un état physiologique régulier en apparence. C'est un véritable état d'hallucination, permanent ou temporaire, dans lequel domine l'illusion d'un mouvement gyratoire imprimé aux objets extérieurs, et où intervient, surtout au moment des attaques, une perte réelle d'équilibre qui fait vaciller, trébucher et parfois même tomber l'individu. D'autres fois, au lieu de la sensation de tournoiement, le malade croit éprouver un mouvement de va-et-vient, et s'y abandonne en effet par moments ; mouvement comparable soit au roulis, soit, et plus souvent, au tangage d'un navire, et c'est dans ce dernier cas surtout que le sol semble se dérober ou se creuser sous ses pas. Il y a donc là des hallucinations traduites particulièrement en perturbations visuelles, et nous venons d'en citer plusieurs ; il faut ajouter, pour certains individus, et surtout encore au moment des attaques, des phosphènes plus ou moins étranges et un peu d'obnubilation passagère. Enfin, chez quelques autres, l'ouïe se pervertit aussi momentanément, et perçoit des sons illusoires.

La sensation vertigineuse est plus forte quand on est debout et les yeux ouverts ; mais l'individu couché et fermant ses yeux peut l'éprouver encore ; ce n'est pas le phénomène le moins curieux de cette bizarre maladie.

Ne serait-on pas tenté de croire à une atteinte spéciale de la substance cérébrale vers l'origine des nerfs optiques ? Ces perversions visuelles, si prédominantes et toutes subjectives, en donnent du moins l'idée. Que la lésion de fonction, en pareil cas comme en

tant d'autres névroses, soit seule appréciable, c'est un fait; mais parce que l'on n'a pas démontré, ou parce que l'on n'a pu constater une modification dans les éléments matériels de l'organe d'où naît, dans l'espèce, la fonction, cela ne prouve pas que ce soit pure affaire de trouble dans le dynamisme nerveux.

Malgré l'inquiétude, la terreur même qu'il inspire aux sujets qui en sont tourmentés, le vertige nerveux essentiel ne paraît pas être grave; il se dissipe souvent de lui-même, et c'est fort heureux, car la thérapeutique ne paraît guère bien armée contre lui.

Il m'a été donné, depuis quelques années, d'observer une dizaine de cas de cette singulière névrose. J'ai laissé passer les premiers sans les modifier sensiblement, en me comportant à leur égard d'après les notions courantes sur le traitement des névroses; j'ai été plus heureux depuis le jour où j'ai eu l'idée d'opposer à celle-ci le valérianate de zinc. Si d'autres confrères en ont eu avant moi, ou en même temps que moi, la pensée, il ne serait pas sans intérêt de connaître les résultats qu'ils ont obtenus et de déterminer ainsi, par un nombre d'expérimentations plus imposant que le chiffre des miennes, la valeur réelle de ce médicament dans le traitement d'une névrose, qui, si elle ne constitue pas souvent un péril, crée du moins toujours un tourment pour ceux qu'elle afflige, et contre laquelle la thérapeutique n'a pas jusqu'ici à se vanter des ressources bornées et peu efficaces que l'on conseillait en son nom. Je ne connaissais au reste, jusqu'à ces derniers jours, aucun praticien qui eût signalé l'utilité du valérianate de zinc contre les vertiges nerveux. Mais dans le cours des recherches bibliographiques que j'ai dû faire préalablement à la rédaction de cet article, j'ai trouvé dans le *Bulletin général de Thérapeutique* (t. XXVII, p. 175) l'extrait d'un travail publié par le *Bulletino delle scienze mediche*, juillet 1844, par M. le docteur Baietti, où ce médecin cite, entre autres maladies nerveuses favorablement influencées par le valérianate de zinc, qui jouissait à cette époque d'une grande vogue en Italie, un cas de céphalalgie vertigineuse intense qui a cédé à l'emploi de ce médicament. Si ce seul fait m'empêche de prétendre aux honneurs de la priorité, il vient du moins à l'appui de l'opinion que j'ai acquise et que je cherche ici à faire partager, relativement à l'utilité du valérianate de zinc contre les vertiges nerveux.

Le valérianate de zinc agit thérapeutiquement à de très-faibles doses; tous les expérimentateurs sont d'accord sur ce point. Il suffit de le donner à la dose de 10 à 20 centigrammes par jour pour obtenir, dans les nombreux états nerveux où il peut être utile, des

résultats très-prompts, très-nets et très-concluants. J'ai dit : très-prompts ; si l'on n'obtient pas, au bout de très-peu de jours, tout ou partie des effets thérapeutiques attendus, si ces effets manquent surtout malgré l'élévation de la dose, qui peut être portée jusqu'à 30, 40 et 50 centigrammes par jour, il faut renoncer au médicament, car il restera probablement alors inefficace ou insuffisant. J'excepte les cas où il s'agirait de maladies à marche lente, à long cours, dans lesquels toute médication doit être prolongée, continuée avec patience, pour savoir si elle doit être définitivement couronnée par le succès. Il est évident que si, par exemple, on veut répéter des essais qui ont déjà été tentés en appliquant le valérianate de zinc au traitement de l'hypochondrie, de l'hystérie, de l'épilepsie, on ne doit pas s'attendre à des résultats prochains, et qu'il faut insister sur la médication pour modifier l'organisme d'une manière durable. Mais dans les névroses d'une nature moins tenace, comme dans les névralgies, le valérianate de zinc doit manifester rapidement son influence ; sinon, selon toute probabilité, il sera peu ou point efficace. Toutefois, ayant commencé l'administration du médicament à doses minimes, avant de le déclarer impuissant et de l'abandonner, il faut élever graduellement les doses, car il se peut que l'on finisse par obtenir ainsi toute la somme d'effets thérapeutiques que l'on désire.

J'administre ordinairement le valérianate de zinc, dans les cas de vertiges nerveux, à la dose de 15 centigrammes par jour, en 3 pilules, une le matin, une au milieu de la journée, une le soir; j'ai eu rarement besoin d'aller jusqu'à 20 et 25 centigrammes ; mais on ne devra pas hésiter à user de ces dernières proportions et même à les dépasser, si on le juge nécessaire. Je donne au sel la forme pilulaire, — 5 centigrammes par pilule, — et je prends un excipient inerte quand je veux apprécier nettement toute la portée thérapeutique du médicament ; mais souvent aussi je prends pour excipient l'extrait de valériane, — 5 centigrammes d'extrait pour 5 centigrammes de sel, — afin de renforcer l'action du composé zincique ; je serais même disposé à donner la préférence à cette formule, au moins dans les états nerveux qui semblent les plus graves et les plus rebelles.

J'ai traité ainsi, par deux, trois ou quatre pilules par jour, ordinairement trois, chacune contenant 5 centigrammes de valérianate de zinc, plusieurs individus atteints du vertige nerveux essentiel, et tous ont été, je ne dirai pas seulement soulagés, mais guéris.

Voici, comme exemples, deux cas qui sont des plus probants.

J'avais donné des soins, il y a huit ans, à un officier de marine, d'une quarantaine d'années alors, pour une hypertrophie du cœur commençante et liée à un état pléthorique très-prononcé. Je le revis il y a un an environ ; tous les troubles du côté des centres circulatoires avaient disparu, mais, pour en arriver là, on l'avait soumis à des purgations répétées et à quelques émissions sanguines ; cependant rien n'autorisait à le croire anémique, et il offrait encore, à un degré marqué, tous les attributs du tempérament sanguin. Il venait me consulter cette fois pour un état vertigineux des plus incommodes et des plus fatigants. Il avait par moments des vertiges intenses, qui le forçaient à s'arrêter et à prendre un point d'appui, et dans l'intervalle les sensations de tournoiement, de tangage, d'ondulation du sol, étaient presque continues. Il en était venu à ne plus oser sortir, craignant de passer pour un homme ivre et même de tomber dans la rue. Comme il commandait alors un navire de l'Etat, sa situation le préoccupait au point qu'il se regardait incapable de remplir sa mission, et par suite il était à la veille de résilier son commandement. Sa conviction était qu'il se trouvait sous le coup d'une congestion cérébrale ou même d'une apoplexie imminente. Je le rassurai, et je considérai le cas comme relevant exclusivement du vertige nerveux essentiel. En conséquence, je lui prescrivis uniquement 15 centigrammes par jour de valérianate de zinc, en 3 pilules. Presque immediatement les vertiges diminuèrent de fréquence et d'intensité ; au bout de peu jours ils avaient disparu, et l'innervation cérébrale avait complétement recouvré sa régularité. Non-seulement cet officier put garder le commandement de son navire, mais il partit bientôt pour une campagne sur les côtes de Syrie, sous le soleil brûlant de l'été, sans éprouver de nouvel ébranlement dans les fonctions nerveuses, ni rien qui ressemblât à un mouvement congestif vers l'encéphale.

Une dame d'une cinquantaine d'années, d'une constitution éminemment nerveuse, avait eu, il y a huit ou neuf ans, un rhumatisme articulaire aigu ; au bout de six mois, les douleurs et quelques fluxions articulaires persistant encore, elle alla prendre quelques bains aux eaux de Gréoulx, et revint complétement débarrassée de son rhumatisme. Mais, peu de mois après, il survint, sans causes appréciables, un état nerveux complexe et bizarre, au milieu duquel dominait, lorsque je vis la malade il y a un an, un vertige nerveux à peu près continu. Elle avait alternativement toutes les sensations particulières à cet état névrosique ; et de plus elle était affectée d'une pneumatose gastrique assez fréquente, qui l'incommodait surtout

au moment des digestions. Il n'y avait du reste que rarement des douleurs d'estomac ; l'appétit était à peu près normal, et il n'existait aucun signe d'anémie. Ici l'on va peut-être m'objecter, en considération des troubles gastriques, qu'il s'agissait d'un vertige stomacal ; mais les moyens et les résultats de la cure démontreront tout à l'heure, je l'espère, que telle n'était pas la nature de la maladie. Tous les antispasmodiques y avaient passé et avaient échoué l'un après l'autre. Je prescrivis exclusivement le valérianate de zinc, à la dose de 3 pilules par jour, avec de l'extrait de valériane ; l'amélioration fut prompte et décisive, et, au bout de dix jours, les phénomènes vertigineux, ainsi que tous les autres accidents nerveux et la pneumatose gastrique elle-même, s'étaient entièrement dissipés. Comme la maladie ici datait de loin et avait été singulièrement rebelle, je continuai pendant vingt jours le traitement par le valérianate de zinc. Je m'attendais à quelque retour des accidents, et ils revinrent en effet à plusieurs reprises, mais avec une intensité décroissante ; à chaque fois ils furent attaqués par le même médicament et toujours avec un égal succès. Au bout de quelques mois, l'innervation finit par reprendre son équilibre, et aujourd'hui, au milieu d'une santé parfaite, toutes les fonctions nutritives et nerveuses s'exécutent avec calme et régularité. Sauf l'infusion de camomille, que j'ai prescrite pendant quelque temps pour prévenir la production des gaz ou faciliter leur sortie, je n'ai rien administré contre les troubles gastriques et je m'en suis peu préoccupé ; je ne me suis adressé qu'au système nerveux, et c'est par l'emploi exclusif d'un médicament agissant directement sur lui que j'ai obtenu la guérison. Il m'est donc impossible de rapporter le cas au vertige stomacal.

En résumé, le valérianate de zinc me paraît appelé à être classé au premier rang parmi les moyens thérapeutiques que l'on peut diriger contre les vertiges nerveux ; et sous ce rapport il viendra, je l'espère, se placer honorablement à côté du cubèbe, dont le digne et savant rédacteur en chef de ce journal signalait aussi tout récemment les intéressantes propriétés dans les mêmes conditions pathologiques de l'innervation.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Règles pratiques de l'administration du chloroforme.

Par M. le docteur Herrgott, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Aer pabulum vitæ.

Une conviction profonde, basée sur plusieurs milliers de faits, que la véritable cause des accidents mortels qu'entraîne l'administration des anesthésiques est inexactement appréciée par la généralité des praticiens, quoiqu'elle ait été indiquée par plusieurs observateurs éminents, et que les moyens les plus efficaces, ou plutôt que le seul moyen efficace de les combattre n'est pas assez connu, nous a décidé à écrire ce mémoire.

Il serait extrêmement facile de lui donner les proportions les plus majestueuses, en y admettant l'analyse des documents si nombreux que la science possède sur ce sujet. Notre intention n'est point de faire un volume; nous espérons arriver à faire partager notre conviction en procédant de manière à ne pas fatiguer l'attention des lecteurs, et à ne pas abuser des moments si courts que les praticiens peuvent consacrer à leurs lectures. Le temps et l'expérience ont donné à notre manière de voir une clarté qui nous dispensera d'entrer dans de longs et fastidieux détails; nous aurons soin de toucher à peine aux points sur lesquels il n'existe pas de divergences parmi les observateurs qui ont traité ce sujet dans les écrits spéciaux, ou bien parmi les praticiens éminents qui s'en sont occupés au sein de la Société de chirurgie. Nous diviserons notre travail en deux parties : dans la première, nous examinerons *quels sont les moyens d'éviter les accidents qu'entraîne l'emploi du chloroforme*; dans la seconde, *quels sont les moyens d'y remédier*.

I. *Le médecin qui administre le chloroforme doit être uniquement occupé de ce soin et être très-exercé dans cette pratique.*

La première condition indispensable pour éviter les accidents que peut entraîner l'emploi des anesthésiques en général et du chloroforme en particulier, consiste à *confier cette opération à un aide exclusivement occupé de ce soin*. Cette vérité banale est malheureusement bien souvent méconnue; il n'est pas rare, en effet, de voir le chirurgien commencer lui-même l'administration de l'anesthésique, puis confier à un aide, trop souvent inexpérimenté, le soin en apparence facile de maintenir l'appareil ou le mouchoir dans le voisinage des voies respiratoires, pour entretenir l'anesthésie pendant la durée de l'opération. Or, celle-ci, une fois commencée, absorbe

toute l'attention du chirurgien et aussi celle des aides, et naturellement aussi celle de celui auquel avait été confié le soin périlleux, mais en apparence facile, de l'entretien de l'anesthésie. Dans ces moments, toute l'attention est pour l'opération ; c'est à peine s'il en reste pour l'opéré qui, abandonné dans son sommeil, peut avec la plus grande promptitude tomber dans un de ces états que nous verrons plus loin, et dans lequel la mort peut arriver avec une effrayante rapidité.

Trois choses peuvent arriver dans cette circonstance : ou bien l'aide éloigne trop l'appareil des voies respiratoires, et dans ce cas l'anesthésie se dissipe au moment où elle serait encore nécessaire ; ou bien, sans même se dissiper complétement, elle diminue trop, et alors apparaissent des vomissements qui, dans ce moment d'inattention, peuvent avoir de sérieuses conséquences pour le malade et l'opérateur ; ou bien l'anesthésie est entretenue avec trop de rigueur, et alors elle peut être portée jusqu'à l'intoxication complète, ou bien jusqu'à la résolution la plus entière des muscles, qui peut avoir pour effet l'occlusion des voies aériennes par le tassement de la langue contre la paroi postérieure du pharynx, et par conséquent l'asphyxie du malade. Il est inutile d'insister sur ces accidents, dont les deux premiers peuvent entraver la marche d'une opération difficile, et dont le dernier peut conduire à la mort du malade, comme nous le verrons plus loin.

Nous regardons donc comme première condition de succès, dans l'administration du chloroforme, que celle-ci soit confiée exclusivement à un aide expérimenté qui n'ait que cela à faire et qui en ait toute la responsabilité. Le chirurgien doit être complétement déchargé de la préoccupation que cause naturellement l'emploi des anesthésiques ; si la responsabilité de ce qui peut arriver remonte naturellement jusqu'à lui, il est bon que sa préoccupation soit allégée par la conviction que l'administration de cet agent merveilleux et terrible est faite avec toute la prudence et la sûreté désirables.

Le médecin qui administre le chloroforme doit connaître aussi exactement que possible, et par une longue pratique, les effets de cet agent.

Qu'on n'attende pas de nous que nous fassions ici la description des effets du chloroforme, que nous rappelions les idées doctrinales de M. Flourens sur l'annihilation successive de telle et telle partie du système nerveux, ni que nous rappelions que les sujets chloroformés passent par les périodes d'*excitation*, de *tolérance*, de *résolution*. Ces divers états sont parfaitement décrits dans les ouvrages

de M. Bouisson, dans les discours de MM. Maisonneuve, Denonvilliers, Guersant et Robert, prononcés au sein de la Société de chirurgie ; mais nous avons à faire ici, à cet égard, une observation qui surprendra peut-être, mais que nous croyons parfaitement basée sur une observation rigoureuse des faits, à savoir : 1° que la théorie fondée par M. Flourens peut paraître ingénieuse, mais que l'expérience journalière la contredit de la manière la plus formelle et la plus positive. Nous avons plusieurs centaines de fois essayé de voir si les choses se passaient comme les décrit M. Flourens, et jamais nous n'avons vu la succession régulière de ces états nerveux décrits par l'illustre académicien ; aucun chirurgien, que nous sachions, ne se guide plus par ces données pour régler l'administration du chloroforme.

La seconde observation que nous avons à faire est celle-ci : Rien n'est moins sûr, moins constant que la succession régulière des périodes d'excitation, de tolérance et de résolution. Bien souvent nous avons vu des individus tomber directement dans une profonde anesthésie, sans avoir présenté le moindre signe d'excitation. Quand on n'est pas prévenu de ce fait, il peut arriver, ainsi que nous l'avons vu, que dans la conviction que les périodes se succèdent nécessairement dans l'ordre ci-dessus indiqué, on continue pendant trop longtemps l'administration à doses élevées du chloroforme, et qu'on plonge les malades dans un état dont on aperçoit trop tard la gravité. Nous avons aussi remarqué un phénomène plus constant que l'excitation générale, et qui, en raison de l'indication importante qu'il réclame, mérite d'en être distingué. Nous voulons parler d'un état spasmodique général, caractérisé par une contraction de presque tout le système musculaire, et auquel la glotte participe quelquefois de la manière la plus grave.

Si, en raison de la fréquence des phénomènes chloroformiques manifestés par une certaine *excitation*, la *tolérance* et la *résolution*, ces phénomènes paraissent encore mériter d'être distingués en *périodes* pour faciliter l'étude des phénomènes de l'anesthésie, nous serions d'avis de subdiviser la période d'excitation en période d'excitation proprement dite et période de spasme ; car, dans cette dernière période, le larynx étant ordinairement spasmodiquement contracté, l'air appelé par les mouvements du thorax ne peut pénétrer dans la poitrine, et il peut en résulter un commencement d'asphyxie, dont la conséquence peut être la suspension de l'action du cœur et la mort. Cet état se dissipe, il est vrai, ordinairement, spontanément au bout de peu d'instants, et la cessation de cet état de spasme précède ordinaire-

ment la résolution complète du système musculaire et la suspension de la sensibilité; mais ce spasme du larynx, accompagné d'un bruit d'inspiration *arrêtée*, d'une espèce de gloussement rauque, peut se prolonger, et alors on voit la face se congestionner et devenir bleuâtre, puis d'une pâleur mortelle. Si, dans ce moment, l'accès de l'air dans la poitrine n'est pas immédiatement ouvert, c'en est fait du malade, il meurt avec la plus grande promptitude. Nous aurons plus loin occasion de revenir plus amplement sur ce phénomène, d'en faire ressortir toute l'importance, et d'indiquer de quelle manière ce terrible accident peut être évité. Nous avons vu plusieurs malades près de succomber dans cet état, et ne devoir leur existence qu'à l'emploi des moyens que nous ferons connaître plus loin.

Non-seulement le médecin qui administre le chloroforme doit connaître aussi exactement que possible et pratiquement les *effets* de cet agent, mais il doit être aussi familiarisé, par une longue pratique, avec les accidents qu'il peut produire. Avons-nous besoin d'entrer dans de longs développements, pour montrer combien cette seconde partie de notre première proposition est importante? L'administration du chloroforme n'est pas la même chez tous les individus; bien plus, elle n'est pas toujours la même chez le même individu. Les exemples ne sont malheureusement pas rares de sujets chloroformés parfaitement et facilement une première fois, et ayant succombé dans une seconde ou troisième anesthésie. Ces seuls faits réfuteraient déjà victorieusement cette proposition, qui admet « des idiosyncrasies particulières que la science ne posséderait aucun moyen de reconnaître, » mais ils démontrent aussi pour nous que, dans la chloroformisation, il y a quelque chose d'imprévu, quelque chose de neuf, qui peut apporter avec lui une gravité extrême. Si une longue expérience n'a pas fortifié le médecin contre les émotions inévitables que ces situations entraînent, il perd la tête, et ne trouve plus les moyens efficaces dont le prompt emploi est la seule chance de salut. Il est donc urgent, très-urgent, qu'une longue habitude pratique ait fortifié le médecin dans cette lutte contre la mort, et dans ces circonstances solennelles où « la question de vie et de mort se trouve posée, » comme l'a dit avec raison M. le professeur Sédillot. Depuis longtemps cet éminent chirurgien a confié à un même aide, M. Elser, le soin de chloroformer les malades qu'il opère ; les succès constants de cette pratique ont pu lui faire écrire cette proposition que : « le chloroforme pur et bien administré ne tue jamais. »

Entre les mains de l'aide intelligent et exercé qui est chargé de

l'anesthésie, cette proposition n'a point encore eu de démenti ; nous en verrons peut-être plus loin les motifs.

II. *Le chloroforme doit être pur et bien préparé.*

Le chloroforme est l'objet de sophistications variées, mais les plus importantes et les plus fréquentes consistent dans l'addition de certaines quantités d'alcool et d'éther. La présence de l'alcool peut être le résultat d'une rectification imparfaite, et, dans ce cas, la quantité qui se trouve mélangée ou retenue dans le chloroforme est minime ; mais, trop souvent, on a à regretter une addition frauduleuse de ce liquide. Nous en avons vu les proportions s'élever jusqu'à 30 et 80 pour 100.

On reconnaît la présence de l'alcool à l'aide du procédé décrit par M. Miahle, consistant à laisser quelques gouttes du chloroforme suspect traverser un verre rempli d'eau ; s'il contient de l'alcool, il prend une teinte blanchâtre opaline. Ce procédé est encore applicable au chloroforme de 1400 de densité. Pour reconnaître des quantités très-faibles d'alcool, on se sert avec avantage du moyen indiqué par M. Cassel : à une solution de bichromate de potasse on ajoute une quantité d'acide sulfurique suffisante pour que le chloroforme surnage ; si le chloroforme contient des traces d'alcool, on verra, au point de séparation des deux couches du liquide, se développer une teinte verte, résultat de la transformation de l'acide chromique en oxyde vert de chrome.

Il sera peut-être plus simple, dans certaines circonstances, de se servir du procédé suivant, basé sur la solubilité de l'acétate de potasse dans l'alcool : on ajoute au chloroforme suspect de l'acétate de potasse sec ; on secoue pendant quelques minutes dans un tube à éprouvette, puis on versera quelques gouttes du liquide sur un peu de papier à filtrer, tenu au-dessus d'un verre de montre. Si le liquide ne renferme pas d'alcool, le chloroforme, en s'évaporant, ne laissera aucun résidu sur le verre de montre ; s'il renfermait de l'alcool, le chloroforme laissera un résidu dont l'importance sera proportionnelle à la quantité d'alcool que renfermait le chloroforme ; si cette quantité est considérable, le tout se prendra en une masse solide dans le tube.

Le chloroforme additionné d'éther sera inflammable et d'une densité plus faible que le chloroforme pur. La cherté de l'alcool a fait naître une autre série d'altérations non suffisamment décrites et qu'il est important de connaître, en raison d'accidents particuliers auxquels l'emploi du chloroforme a donné lieu entre nos mains à plusieurs reprises. Les malades soumis par nous et par d'autres

chirurgiens au chloroforme, en ville, ont présenté, il y a quelques années, une série de phénomènes consécutifs identiques, et qui ne se présentaient pas chez les malades chloroformés à l'hôpital. Ils éprouvaient un embarras gastrique, des maux de tête, de l'inappétence, de la fièvre dont il n'a été possible de les débarrasser qu'après un traitement de plusieurs jours. Une analyse du chloroforme employé en ville a démontré qu'il avait été fabriqué avec de l'alcool provenant de la distillation des pommes de terre. Le chloroforme, en effet, préparé avec de l'alcool méthylique, de l'alcool de marc, de grain, de betterave, de garance, ou, en général, avec des alcools qui ne seraient pas d'une pureté absolue, se ressentira toujours des produits étrangers, qu'aucune rectification n'enlèvera complétement. Il est donc nécessaire que la purification de l'alcool précède son emploi à la fabrication du chloroforme, et que, s'il n'est pas entièrement privé des alcools étrangers, comme des alcools méthylique et autres, il est fort à craindre que l'action de l'hypochlorite de chaux sur ces produits ne fasse entrer dans le chloroforme des composés qu'il est de la plus grande importance d'en tenir écartés.

On a cru trouver dans l'acide sulfurique un moyen de séparer tous ces corps étrangers; mais le chloroforme rectifié par l'acide sulfurique et provenant d'alcools impurs ne devra jamais servir aux inhalations.

L'acide sulfurique devient très-souvent la cause d'une désorganisation naissante qui fait que le chloroforme qui a subi cette rectification exhale du chlore, souvent en telle quantité, qu'il y aurait danger à le respirer. On a attribué cette action aux composés nitreux existant dans l'acide sulfurique du commerce; il faudrait donc préalablement débarrasser cet acide de ces composés; mais même en usant de cette précaution, on voit trop souvent le chloroforme qui a été mis en contact avec l'acide sulfurique donner naissance à un abondant dégagement de chlore et d'acide chlorhydrique; on dirait que le contact de ce puissant acide altère la stabilité du chloroforme et le dispose à une facile décomposition.

La rectification du chloroforme devra amener ce corps à son degré de pureté absolue. On y arrive par de simples lavages à l'eau et par des distillations répétées qui écarteront tous les produits étrangers, si toutefois on ne recueille que ce qui est fourni par une température ne dépassant pas 61 degrés. La dernière rectification (souvent la huitième) servira de contrôle, en donnant la certitude que 15 à 20 kilogrammes de ce produit évaporés à une température au-dessous de 61 degrés dans le même appareil n'y ont pas laissé de résidu sensible.

Avec ces précautions et celle aussi d'écarter l'acide sulfurique comme moyen de rectification, on sera sûr d'obtenir un chloroforme dont la stabilité est assurée, et par conséquent la conservation facile sans altération, en ayant soin de le mettre dans un vase bien clos bouché à l'émeri et non avec du liége.

Nous avons, à titre d'essai, conservé du chloroforme ainsi préparé, et en ce moment il est aussi pur de tout dégagement de chlore qu'au jour de la fabrication, qui remonte à plus de dix-huit mois.

Les qualités du chloroforme propre aux inhalations anesthésiques découleront facilement de ce qui précède.

Il devra être d'une pureté absolue et d'une densité de 1496 à la température de 15 degrés. Le point d'ébullition sera de 60°,8″. Il n'influencera pas le papier de tournesol. Evaporé en présence de l'acide sulfurique, il ne communiquera pas de coloration à ce corps.

Une solution de nitrate d'argent secouée avec le chloroforme n'éprouvera pas la moindre altération dans sa limpidité (absence de chlore et d'acide chlorhydrique).

Traité par une solution alcoolique d'hydrate de potasse, le chloroforme sera décomposé sans brunir et sans dégager de mauvaise odeur (absence de l'aldéhyde).

Comme conclusion de ce qui précède, nous disons que :

1° Le chloroforme qui servira aux inhalations doit être préparé avec de l'alcool d'une pureté absolue ;

2° Le chloroforme sera amené à sa densité absolue par des lavages à l'eau, qu'on n'arrêtera que lorsqu'il aura atteint une densité de 1496 à la température de 15 degrés ;

3° Les rectifications auront pour but de séparer tout corps étranger dont le point d'ébullition est supérieur ou inférieur à celui du chloroforme ; à cet effet, on observera à l'aide d'un thermomètre plongeant dans la vapeur du chloroforme la température de celle-ci, qui sera maintenue à 60°,8″ pendant toute la durée de l'opération ;

4° On devra rigoureusement exclure le chloroforme qui aura été préparé avec des alcools impurs et qui aura été rectifié et purifié avec l'acide sulfurique ;

5° Une certaine quantité de chloroforme évaporé sur une capsule, dans le creux de la main ou sur une compresse ne devra laisser après lui aucun principe odorant.

Avec un peu d'habitude on appréciera facilement si les produits de l'évaporation sont différents au commencement ou à la fin de celle-ci ; cette odeur doit être la même pendant tout le temps de cette évaporation.

III. *Le chloroforme doit être bien administré.*

Cette proposition, émise sans commentaire, est extrêmement vague et n'engage en rien la responsabilité de celui qui l'émet, car, en cas d'accident, on peut toujours objecter que le chloroforme n'a pas été bien administré.

En la plaçant à la tête de ce chapitre, notre intention est d'y examiner les conditions d'une bonne administration de cet agent anesthésique. Ces conditions sont nombreuses, et par leur importance méritent d'être examinées avec soin dans des paragraphes séparés. Disons de suite que nous ne traiterons pas la question qui a occupé plusieurs écrivains, à savoir : Quelles sont les affections où l'anesthésie n'est pas indiquée, ni dans quelles maladies ou dans quels états il est utile ou nécessaire au traitement de plonger les malades dans le sommeil anesthésique. Cette double question, intéressante sans doute à plus d'un titre, nous écarterait de notre sujet ; nous croyons, au contraire, devoir traiter avant toute autre chose cette question préalable : *Quelles sont les circonstances ou les maladies dans lesquelles l'anesthésie devient un danger?* car elle rentre directement dans notre sujet.

Les circonstances individuelles ou les maladies qui contre-indiquent l'emploi du chloroforme ont été trouvées nombreuses ou rares, suivant que les médecins ont été plus ou moins impressionnés par les cas de mort qui ont attristé le public médical. Cette appréciation, ayant été faite quelquefois sous l'impression de certains faits, est devenue pour quelques-uns une affaire de sentiment, par conséquent une appréciation vague, mobile et passionnée. Il s'est trouvé des consciences larges qui ont restreint le cercle des contre-indications, comme il s'est trouvé des consciences timorées qui l'ont singulièrement agrandi. Voyons ce que notre expérience personnelle et celle des autres nous ont appris de positif à cet égard.

Et d'abord on a voulu exclure du bienfait de l'anesthésie les deux *âges* extrêmes de la vie. Nous avons pratiqué très-souvent des opérations sur des *enfants* âgés de quelques jours seulement, et même des opérations sur la bouche, bec-de-lièvre simple ou double, compliqué ou grave ; nous avons toujours fait chloroformer les petits malades sans qu'il en soit résulté le moindre accident. Ils se réveillaient au bout de peu de temps, vomissaient le sang qu'ils avaient avalé, et continuaient à se bien porter. Nous avons quelquefois entendu faire une singulière objection à l'emploi des anesthésiques chez les enfants âgés de quelques jours. On nous disait : Les enfants n'ont pas la conscience d'eux-mêmes, ni celle de la douleur, ils ne

savent ce qu'on leur fait, cela dure peu, pourquoi les anesthésier? Evidemment ce sont là des erreurs graves. Ils n'ont pas la conscience d'eux-mêmes, cela est vrai, mais leur sensibilité est vive, ainsi que le prouvent leurs cris et leurs pleurs; ils n'ont pas la liberté de leur jugement, cela est vrai, mais c'est une raison de plus pour les placer sous la sauvegarde de la conscience médicale, et, dans cet asile sacré, ils doivent trouver protection contre la douleur. Quelquefois l'anesthésie devient presque une nécessité pour l'opérateur, en assurant la tranquillité du petit malade.

Chez les *vieillards*, dit-on, la vie ne tient plus qu'à un fil, ils sont dans un état de débilité telle qu'un souffle peut l'éteindre; de plus, ils sont sous l'imminence d'accidents ou plutôt de maladies cérébrales, qui peuvent éclater sous l'influence du chloroforme; les voies respiratoires sont ordinairement altérées aussi bien que les voies de la circulation, autant de maladies dans lesquelles le chloroforme peut devenir dangereux. En regard de ces affirmations, voyez l'âge des victimes du chloroforme et comptez le nombre des vieillards! Lorsque l'indication de l'anesthésie se trouve posée, jamais l'âge n'a été pour nous un obstacle et nous avons vu d'autres opérateurs chloroformer avec succès un grand nombre de vieillards. Jamais nous n'avons vu l'âge empêcher l'emploi de l'anesthésie.

Ainsi, pour nous, les âges extrêmes de la vie ne constituent pas une contre-indication de l'emploi du chloroforme. Parmi *les maladies* qui, aux yeux d'un grand nombre de médecins, passent po u contre-indiquer l'emploi du chloroforme, on a mis en première ligne les *affections du cœur*. Nous ne voudrions pas affirmer que ces maladies, à leur période extrême, ne fussent pas quelquefois une contre-indication à l'emploi des anesthésiques, mais nous avons vu chloroformer des sujets affectés de maladies de cœur et atteints d'une infiltration générale, notamment un vieillard de soixante-quinze ans, chez lequel une opération était devenue urgente. La chloroformisation a été faite chez lui par l'aide exercé qui a acquis une si grande habileté dans l'emploi des anesthésiques, et il n'est pas résulté pour lui le moindre accident. Il a guéri de l'affection chirurgicale, mais quatre mois après il a succombé à la suite de son affection du cœur.

Les maladies *graves des voies respiratoires* constituent une contre-indication à l'emploi du chloroforme, a-t-on dit. Or, il y a quelques jours seulement, une hernie étranglée s'est présentée chez une femme affectée de phthisie pulmonaire au troisième degré. L'opération était urgente, si l'on ne voulait pas laisser mourir cette mal-

heureuse dans d'atroces douleurs. Elle fut chloroformée, subit l'opération et guérit de la hernie, mais succomba trois semaines après des suites de la phthisie, qui avait creusé de profondes cavernes au sommet des deux poumons. Ne chloroformez pas les individus affectés d'emphysème, a-t-on dit encore, le champ de la respiration est tellement rétréci, qu'il pourrait résulter de graves accidents, la mort même, de l'emploi des vapeurs chloroformiques. Cette objection est grave comme les précédentes, sans doute, et dans ce cas comme dans les autres l'emploi des anesthésiques commande, impose la plus grande prudence, mais ne détermine pas le rejet de l'anesthésie et ne condamne pas les malheureux qui en sont affectés à subir les tortures d'une opération devenue nécessaire. Nous avons chloroformé et vu chloroformer un grand, un très-grand nombre d'individus affectés d'asthmes par altération des voies respiratoires, et affectés d'asthmes nerveux, sans avoir eu à déplorer le moindre accident.

Quant à ce qui regarde l'angine de poitrine, cette névrose dont la cause reste malheureusement encore enveloppée d'un profond mystère, non-seulement cette affection ne contre-indique pas l'emploi du chloroforme, mais elle réclame quelquefois son emploi à titre de palliatif. Nous devons à l'emploi du chloroforme quelques moments de soulagement pour un malade qui nous fut bien cher, et qui, plus tard, fut ravi à notre affection par cette cruelle maladie.

Ne chloroformez pas, a-t-on encore ajouté, les individus affectés de *hernie étranglée*, à cause des vomissements fréquents qui pourraient être si dangereux pendant le sommeil anesthésique. Ne les chloroformez pas à cause de la prostration profonde dans laquelle ils sont si souvent plongés, et qui les prédispose si facilement à la syncope, etc. A cela nous répondrons encore par des faits et par des faits nombreux. Depuis dix ans, nous n'avons opéré et vu opérer aucun malade affecté de hernie étranglée qui n'eût été préalablement soumis à l'emploi du chloroforme, et jamais nous n'avons eu à déplorer d'accident. La dernière opération pratiquée par nous s'est présentée dans des circonstances qui auraient fait reculer un grand nombre de chirurgiens. C'était chez une femme âgée affectée d'un étranglement datant de huit jours, et plongée dans un état de prostration profonde. Elle fut chloroformée par l'aide habile et exercé qui nous assiste ordinairement, elle fut opérée, revint parfaitement à elle, se trouva fort soulagée, mais elle succomba dans la journée à la marche progressive de cette prostration, d'où l'opération pratiquée trop tard fut impuissante à la tirer. Les effets de chloroforme s'étaient dissipés

complétement ; mais l'opération pratiquée peu après son entrée à l'hôpital vint trop tard pour elle. L'autopsie ne révéla aucune lésion, et constata la parfaite régularité de l'opération.

Ne chloroformez pas *les femmes nerveuses* ni *les sujets* chlorotiques, si prédisposés aux syncopes, a-t-on encore ajouté. Cette exclusion nous paraît encore moins fondée que les autres, non que nous voulions la nier d'une manière absolue, mais nous disons que l'objection est plus spécieuse qu'elle n'est fondée sur des faits ; car, si nous interrogeons ceux dont nous avons été témoins, nous voyons parmi nos opérés et ceux opérés par d'autres devant nos yeux un grand nombre de femmes chlorotiques, chloro-anémiques, de jeunes gens exténués par de nombreuses déperditions et de longues souffrances, réduits presque au degré le plus avancé du marasme, jouissant tous du bienfait de l'anesthésie.

Existe-t-il réellement des individus affectés d'idiosyncrasies particulières qui contre-indiquent l'emploi du chloroforme ; idiosyncrasies existant depuis longtemps, ou se développant instantanément, ainsi que l'a prétendu le savant et bienveillant rapporteur à la Société de chirurgie ? Nous ne le pensons pas et nous avons avec nous tous les éminents chirurgiens qui se sont élevés contre les troisième et quatrième conclusions du rapport de M. Robert. Nous croyons que c'est là un voile charitable et d'apparence scientifique dont on a voulu entourer les infortunés chirurgiens qui ont eu à déplorer des malheurs, afin de les mettre à l'abri de la vindicte et des récriminations. Le motif est trop charitable pour qu'il ne nous inspire pas une profonde réserve ; mais celle-ci ne nous empêchera pas de penser et de dire, puisque nous le pensons, que ces idiosyncrasies n'existent pas. S'il existait réellement de ces idiosyncrasies impossibles à reconnaître d'avance, le médecin serait sans cesse placé en face d'une éventualité de mort à laquelle il ne devrait pas exposer son malade ; son devoir serait donc de renoncer d'une manière absolue au chloroforme. Les chirurgiens de Lyon ont été conséquents en proscrivant le chloroforme de leur pratique ; mais nous ne partageons pas leur manière de voir ; nous pensons que la vie s'entretient et disparaît en vertu de certaines lois qu'il importe de rechercher pour les connaître et les appliquer.

L'expérience nous a appris que s'il n'y a pas d'idiosyncrasies particulières contre-indiquant absolument l'emploi des anesthésiques, il se trouve cependant des individus chez lesquels l'administration du chloroforme est toujours une chose difficile, accompagnée de certains dangers, résultant du trouble de la respiration surtout, et il est à

remarquer que chaque fois que ces individus sont soumis au chloroforme, la même série d'accidents se présente, à tel point qu'ils peuvent être prévus et prédits aux assistants.

De ces états particuliers ou de ces prédispositions individuelles, qui font de l'administration du chloroforme une chose délicate, à l'existence d'idiosyncrasies qui en interdiraient l'emploi, il y a une distance énorme.

On a aussi ajouté qu'il était des sujets réfractaires au chloroforme (individus adonnés à l'usage des boissons alcooliques ordinairement, sujets surexcités moralement, comme on pense l'avoir remarqué en Italie et en Crimée). Il est en effet des sujets qui présentent une résistance plus vive à l'action anesthésique du chloroforme, mais nous n'avons jamais vu d'individu réfractaire entre nos mains et celles de l'aide habile dont nous avons parlé. Un grand nombre de sujets déclarés réfractaires par d'autres médecins ont été parfaitement anesthésiés par M. Elser.

Nous pensons donc que le bienfait de l'anesthésie peut être étendu à tous les malades et que, s'il y a des exceptions à cette règle, elles sont très-rares, si rares, que, sur plusieurs milliers de faits, elles ne se sont pas rencontrées dans notre pratique, pas plus que dans celle du maître habile à côté duquel nous observons.

(La suite au prochain numéro.)

Coup d'œil sur une des formes les plus rares du bec-de-lièvre, les fissures horizontales. Remarques et observations (1).

Par M. le docteur Debout.

Symptômes. — Les suites de cette malformation sont faciles à concevoir. Lorsque la fissure est tant soit peu étendue, les individus ne peuvent contenir leur salive, et lorsqu'ils mangent, une partie des aliments s'échappe hors de leur bouche. Les observations publiées ne font pas mention de l'influence que ce vice de conformation exerce sur l'allaitement des nouveau-nés. Cette notion n'est pas sans importance ; on va en voir la valeur lorsque nous aborderons la discussion de l'époque à laquelle l'art doit intervenir, afin de le faire avec le plus de chance de succès. Toutefois, la succion s'opérant surtout à l'aide de la langue et de la voûte palatine, pour peu que le mamelon de la nourrice soit un peu long, l'allaitement doit se faire sans trop de difficulté et les mauvais effets de cette difformité commencent à se faire sentir seulement lorsqu'arrive le mo-

---

(1) Suite et fin, voir la précédente livraison, p. 15.

ment du sevrage, pour se prononcer d'autant plus que l'alimentation réclame une mastication plus complète. C'est ce que nous avons constaté chez la petite malade de M. Colson.

Age le plus favorable à l'opération. — Dans la moitié des observations publiées de fissures congénitales de la joue, la chirurgie réparatrice n'est intervenue qu'à un âge assez avancé, huit, onze et dix-sept ans. Cette intervention tardive a tenu probablement à ce que les praticiens auxquels les familles s'adressaient ne savaient à quel procédé opératoire avoir recours ; du moins c'est ce qui est arrivé pour la malade de M. Colson. La mère nous a raconté que les médecins auxquels elle avait présenté son enfant s'étaient refusés à l'opérer. Dans le cas de Muralt, dans ceux de M. Fergusson, quoique les sujets fussent beaucoup moins âgés, ils ont opéré, ou fait opérer de suite les petits malades. Il n'y a pas, en effet, de motif pour qu'on n'applique pas à cette variété de vice de conformation des lèvres les déductions thérapeutiques adoptées pour les autres fissures labiales. Dans l'espèce, cependant, on peut tarder un peu plus longtemps en raison de la moindre difficulté apportée par la malformation de la bouche à l'acte de l'allaitement, surtout lorsque l'avivement devra porter sur une grande étendue de tissus.

Si l'expérience a démontré que la réunion des parties divisées favorisait leur développement ultérieur en assurant leur participation à la nutrition générale, elle a également fait voir que les jeunes enfants supportaient mal les opérations sanglantes. Pour peu que la perte de sang soit considérable, non-seulement la réunion des parties ne se produit pas, mais encore les petits malades succombent. Dans les cas de fissures congénitales des joues, on agira donc plus sagement en n'opérant pas les enfants avant leur troisième ou leur quatrième année.

Procédé opératoire. — La nature de la lésion, et surtout la région où elle siége, implique le mode de traitement qui lui convient. Si la première indication est d'aviver les bords de la fissure, afin d'amener la continuité du tissu des parties divisées de la joue, une indication non moins urgente est d'en assurer le résultat au moyen de la suture entortillée, aujourd'hui surtout que l'observation clinique a donné raison aux adversaires de Louis et qu'on est revenu à la pratique de Guy de Chauliac et de Paré, c'est-à-dire à l'emploi de cette suture pour les becs-de-lièvre simples. Ce moyen est mieux indiqué encore dans les cas de fissures congénitales des joues, car la mobilité des parties est plus considérable dans ces cas que dans ceux du bec-de-lièvre latéral. En outre, ainsi que l'a fait observer M. le

professeur Bouisson, la suture n'est pas seulement un moyen adhésif, elle est encore un moyen hémostatique, et cette dernière action, nous venons de le montrer, est des plus précieuses dans la chirurgie des enfants. Les hémorrhagies intra-buccales ne compromettent pas seulement la réunion de la plaie, mais encore la vie des petits malades. Le praticien doit donc n'omettre la mise en œuvre d'aucun des agents capables d'éloigner toute cause d'hémorrhagie. La plus fréquente sont les mouvements de succion de l'enfant; aussi rappellerons-nous les bons effets de l'abaisse-langue du docteur Goyrand, que l'on doit appliquer toutes les fois que l'âge des malades ne les met pas à l'abri de l'influence fâcheuse de cette cause

La plupart des précautions opératoires lui sont communes avec les autres variétés de fissures labiales ; ainsi, lorsque des adhérences intra-buccales s'opposent à l'affrontement de la plaie, il faut rendre la mobilité aux parties à l'aide du débridement de la muqueuse que l'on détache du rebord alvéolaire de la mâchoire inférieure. Cette circonstance est rare et n'a été observée que dans les cas où la fissure est étendue et tout à fait horizontale, comme chez le malade du docteur Rynd (fig. 6). Dans cette forme particulière du vice de conformation, il est encore une disposition anatomique dont il faut tenir compte au point de vue de l'acte chirurgical. Les deux bords de la solution de continuité, au lieu de réunir sous un angle aigu, forment une commissure épaisse et arrondie, ce qui force à enlever une plus grande épaisseur du tégument afin de donner à la nouvelle commissure une conformation tout à fait normale. Faute de cette précaution, les malades continuent à perdre leur salive, surtout pendant leur sommeil.

Lorsque la solution de continuité remonte vers le milieu de la joue, elle implique le soin de ne pas sacrifier trop de tissu dans celui des bords de la scissure qui est en rapport avec le canal de Sténon, afin de ne pas créer une fistule salivaire. A part ces réserves, l'opération rentre dans les règles tracées par l'expérience, quant à cet acte de synthèse chirurgicale.

Enfin, lorsque la malformation porte sur les deux côtés de la bouche, l'acte opératoire doit être exécuté en deux temps, comme dans la variété de bec-de-lièvre double.

Appuyons ces considérations des exemples connus et rapportés avec assez de détails pour guider utilement la pratique. A supposer que nous ayons laissé échapper quelque fait, ceux que nous publions suffiront pour légitimer les déductions que nous avons tirées de l'étude de la lésion.

Obs. I. *Malformation congénitale comprenant les lèvres et un des côtés de la face, réparée par l'opération.* — Matthew Lévy, âgé de huit ans, garçon pâle, amaigri, scrofuleux, est admis à Meath hospital le 12 janvier 1861. Cet enfant présente l'aspect le plus repoussant. L'angle des lèvres du côté droit est vis-à-vis la première dent molaire, et à partir de ce point la bouche s'étend sans interruption jusqu'à la dernière molaire du côté gauche; les dents des deux mâchoires, avec les gencives de la mâchoire inférieure, se trouvant à découvert dans toute cette étendue. Il peut rapprocher les lèvres et les mettre en contact jusqu'à la ligne médiane, du côté droit seulement; mais cela lui est impossible du côté gauche, et quand il ferme la bouche, l'écartement des lèvres de ce dernier côté reste béant. Les fonctions digestives sont tellement altérées, qu'il semble à demi mort de faim, et il l'est en effet. Sa mère dit qu'elle ne sait comment elle l'a élevé, tant c'était chose difficile pour lui de retenir les aliments dans sa bouche, quand elle lui donnait à manger; un écoulement de salive abondant tenait sans cesse ses vêtements humides.



Fig. 6.

En examinant les portions de la joue comprises dans la difformité, au point de vue de l'opération à pratiquer, je trouvai qu'elles ne pouvaient être rapprochées suffisamment pour fermer la fente, sans dégager l'inférieure en partie de ses attaches à l'os maxillaire. Je cherchai le conduit parotidien et je le trouvai sur la portion supérieure, environ à un quart de pouce au-dessus du bord de la fente. L'artère faciale, très-peu volumineuse, était dans la portion inférieure. Ayant reconnu ces points, je pratiquai l'opération suivante le 26 janvier.

L'enfant étant tenu solidement sur les genoux d'un aide, je fis une incision à partir du point correspondant à la canine du côté gauche du maxillaire inférieur, se prolongeant jusqu'un peu au delà de l'angle de la fente, parallèle à la gencive dans tout son parcours, et entamant de part en part la membrane muqueuse, à l'endroit où elle se réfléchit sur la gencive. Cette incision donna à la lèvre inférieure de la fente une liberté suffisante pour permettre de l'attirer

en haut de manière à recouvrir les dents et à venir rencontrer la lèvre supérieure. Avec des ciseaux, j'excisai les bords libres de chaque lèvre de la fente, à partir de la canine en haut et en bas. J'affrontai alors les surfaces vives et les réunis au moyen de quatre aiguilles, dont une spécialement fut passée à chaque angle de la plaie, en faisant usage de la suture entortillée. Il n'y eut à s'occuper que d'un seul vaisseau de quelque volume, lequel se trouvait à l'angle nouvellement formé de la bouche; je le traversai avec l'aiguille, et tout fut dit.

L'enfant alla bien jusqu'au quatrième jour, que je retirai les aiguilles : je trouvai les parties réunies, mais non solidement, assez cependant pour que, à l'aide de bandelettes agglutinatives et d'un bandage, la réunion fût confirmée en six jours de plus. Il était enchanté de sa nouvelle bouche, et plus encore de l'usage qu'il en pouvait faire. Sa mère et lui quittèrent l'hôpital dans un état moral beaucoup plus heureux qu'à leur entrée. Une photographie prise trois mois après l'opération témoigne du succès de celle-ci, en montrant l'état présent de ce jeune garçon. (*Francis Rynd. — Dublin Quarterly journ.*, avril 1861.)

Obs. II. *Division congénitale de la joue droite, se prolongeant depuis la bouche jusqu'au niveau des secondes grosses molaires, et formant une sorte de bec-de-lièvre horizontal.* — Le 8 avril 1860, est entrée à l'Hôtel-Dieu de Noyon (Aisne) la nommée A. C***, âgée de onze ans et demi. Elle porte un vice de conformation congénital très-rare, si j'en juge par l'absence d'observations et par l'absence de toute place dans les traités de chirurgie à moi connus. La moitié gauche de la bouche est très-bien conformée, mais il n'en est pas de même de la moitié droite, qui se prolonge en forme de fente en travers de la joue jusqu'au niveau des secondes grosses molaires, et il est remarquable que les deux surfaces de ces lèvres anormales offrent un aspect tout différent de celui des lèvres ordinaires. En effet, au lieu d'être lisses, bombées, et arrondies comme à droite, elles sont plates, leur bord est froncé, irrégulier, et elles présentent des inégalités visibles, surtout dans leur partie postérieure, inégalités dues sans doute à la contraction des faisceaux musculaires, qui, à l'état normal, se continuent de haut en bas dans l'épaisseur de la joue, et qui, ici, divisés en travers par la fente congénitale, viennent s'insérer plus ou moins obliquement sur la muqueuse qui tapisse les bords de cette fente [1].

---

[1] La forme de la fissure de la malade de M. Colson est tellement semblable

Les dents incisives du côté de la lésion, les canines, les petites molaires, les première et seconde grosses dents molaires sont à découvert. Quand l'enfant boit, une partie du liquide s'écoule au dehors par la fente de la joue, et quand la mastication des aliments solides a lieu, une partie des aliments s'échappe aussi au dehors. La salive s'écoule, d'ailleurs, continuellement de la bouche, qui ne peut jamais être fermée du côté de la difformité, de telle sorte que cette petite fille bave continuellement; enfin, elle parle très-mal, et sa prononciation est toujours très-défectueuse. De plus, elle fait constamment une grimace particulière, une espèce de moue, sensible seulement sur la moitié saine de la bouche, et due, sans doute, aux efforts continuels qu'elle fait pour amoindrir sa difformité, en contractant l'orbiculaire et les autres muscles des lèvres; mais, plus elle se contraint pour cela, plus la difformité est apparente, et quelque effort qu'elle fasse, elle ne peut rien dissimuler de la laideur de sa figure. L'ouverture de la moitié droite de la bouche et de la joue, ouverture toujours béante, baignée de salive, laissant voir dans son fond les dents et les gencives, donne au visage de l'enfant un aspect étrange et véritablement hideux; aussi elle fuit les regards du monde et elle cherche toujours à se cacher lorsqu'on fixe les yeux sur elle. Elle est très-maigre et quoique les digestions ne soient pas pénibles, il me paraît évident que la nutrition se fait mal, sans doute à cause de la déperdition continuelle de la salive, et aussi peut-être à cause du chagrin que l'enfant éprouve de sa difformité.

L'intérêt de cette observation étant seulement dans la nature de la lésion congénitale, je ne m'étendrai pas beaucoup sur le traitement, qui n'a différé en rien de celui du bec-de-lièvre ordinaire. La maladie me parut consister uniquement dans une variété de la fissure, qui était horizontale au lieu d'être verticale, et qui affectait la joue au lieu d'intéresser la lèvre. Je pratiquai donc avec des ciseaux de trousse l'avivement de toute la fente, en enlevant aussi exactement que possible la membrane muqueuse avec une petite portion des tissus sous-jacents et de la peau; puis je fis la suture entortillée pour laquelle j'employai trois épingles à pointes triangulaires et à arêtes vives. Au bout de soixante-douze heures, j'enlevai les épingles; le fil des sutures se détacha de lui-même les jours suivants, et le 1er mai 1860, A. C*** sortit de l'Hôtel-Dieu, guérie de sa diffor-

---

à celle du petit malade de M. Rynd, qu'il nous a paru inutile d'en donner le dessin. Elle était un peu moins étendue et affectait la joue droite.

(*Note du Rédacteur*.)

mité, dont il ne lui restait pas d'autres traces qu'une différence d'épaisseur entre la moitié gauche et la moitié droite ; mais elle fait encore la moue : c'est un reste d'habitude de toute sa vie antérieure, et il sera difficile d'en triompher. Pourtant, avec de la surveillance de la part des parents et de la bonne volonté du côté de la petite fille, je ne doute pas qu'on n'en vienne à bout. Deux mois après l'opération, le 23 juin 1860, j'ai trouvé une amélioration notable sous ce rapport, et je suis convaincu que bientôt il ne restera plus aucune trace de cette mauvaise habitude, pas plus enfin qu'il n'en existe de la difformité. L'enfant reprend aussi de l'embonpoint, et il est évident que chez elle la nutrition se fait maintenant mieux qu'avant l'opération. (Colson, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 2e série, t. I, p. 463.)

Nous venons de revoir la petite malade de M. Colson ; deux années se sont écoulées depuis qu'elle a été opérée, et les prévisions de notre distingué confrère se sont réalisées de tout point.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Glycérolé d'iodure de fer.

En combinant l'iodure de fer avec un corps gras, le beurre de cacao, M. Vézu avait pour but d'obtenir un médicament inaltérable. Les diverses applications de la glycérine à la bonne conservation des préparations pharmaceutiques devaient nécessairement conduire ce pharmacien à user de la glycérine pour atteindre son but. La solution de l'iodure de fer dans la glycérine donne un produit de couleur vert-émeraude, d'une saveur amère et astringente ; les réactifs de l'iode n'y décèlent pas la présence de ce métalloïde. Elle se prépare comme la solution normale de Dupasquier, en remplaçant l'eau par la glycérine, suivant cette formule :

Pr.	Iode...........................	35 grammes.
	Fer porphyrisé..................	70 grammes.
	Glycérine......................	400 grammes.

Elle contient les mêmes proportions d'iodure de fer que la solution aqueuse de Dupasquier, et est destinée à la remplacer.

Sirop d'iodure de fer à la glycérine.

Un des premiers emplois que M. Vézu ait fait de son glycérolé d'iodure de fer a été de s'en servir pour préparer un sirop. Voici la

formule que ce pharmacien a communiquée à la Société de médecine de Lyon :

Solution d'iodure de fer...........	4 grammes.
Sirop de gomme..................	200 grammes.
Eau de fleurs d'oranger...........	30 grammes.

M. Vézu réserve l'iodure de fer au beurre de cacao pour la forme pilulaire.

Falsification de l'amidon.

Divulguer un secret surpris pendant l'ivresse constituait un crime pour Caton ; les Perses, au contraire, enivraient les coupables pour obtenir d'eux la vérité. Pour nous, la reconnaissance nous a valu un aveu.

Un jeune amidonnier, pris de vin, se laissa tomber sous une voiture ; dans sa chute il reçut plusieurs blessures, heureusement légères, puisque nos simples conseils suffirent pour le guérir. A quelques jours de là, ce jeune homme vint nous remercier et nous avoua dans la conversation qu'on falsifiait l'amidon avec 25 et 30 pour 100 de talc de Venise.

Cette falsification est facile à reconnaître ; il suffit de faire dissoudre l'amidon suspect dans une grande quantité d'eau bouillante, de filtrer. Le talc, étant insoluble, reste dessus le filtre ; on le reconnaît ensuite aux caractères qui lui sont propres.

Stanislas Martin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Les préparations ferrugineuses et l'iodure de fer, en particulier, ne doivent pas être toujours rayées des médications prescrites aux phthisiques.

Dans un article publié dans le numéro du 15 juin dernier (t. LXII, p. 507), M. le docteur Millet est venu remettre en discussion la valeur des préparations ferrugineuses dirigées contre la phthisie. Si, fort des faits dont il a été le témoin, notre confrère de Tours s'était borné à montrer les dangers de l'administration de ces agents dans toutes les formes et toutes les périodes de la phthisie, nous n'aurions qu'à le louer. Mais il a dépassé de beaucoup les conclusions logiques de l'expérimentation clinique et a eu le tort grave de prendre pour critérium du jugement qu'il porte de la pratique de MM. Vigla, Maillot, Le Petit et moi, les fâcheux résultats fournis

par cette médication entre les mains des sœurs de charité qui l'entourent.

Je ne veux pas abuser de l'hospitalité du *Bulletin de Thérapeutique* et le forcer à reproduire mes observations de guérison de phthisies, l'iodure de fer aidant. Je me bornerai à rappeler à M. Millet que, pour le médecin, s'il y a des indications pour l'emploi d'un médicament, il y a également des contre-indications, et, pour le fer en particulier, il y a longtemps déjà qu'elles sont posées. Voici, en effet, ce que dit Barbier aux pages 513 et 514 du tome I de la troisième édition de son *Traité élémentaire de matière médicale :* « L'expérience clinique démontre que les martiaux sont nuisibles lorsque les propriétés vitales sont très-développées, lorsque le pouls est vif et fréquent, lorsqu'il y a de la chaleur, de l'irritation et surtout de la phlogose... » « l'observation signale les martiaux comme des moyens funestes dans les maladies de poitrine, avec chaleur et irritation, dans les crachements de sang. » M. Millet a-t-il fait cette distinction indispensable ? Non ! Donc il s'est appuyé sur des faits non raisonnés : aussi s'est-il trompé dans ses conclusions, aussi complétement que s'il était venu dire : La saignée et les préparations de digitale, étant nuisibles dans certains cas de palpitations (anémiques, chloro-anémiques, nerveuses), sont également dangereuses et préjudiciables aux malades, jeunes et vigoureux, atteints de palpitations, causées, soit par une endocardite aiguë, soit par une hypertrophie du ventricule excentrique gauche.

Ai-je donc commis une hérésie en disant que certaines préparations ferrugineuses (celles d'iodure de fer) peuvent être utiles contre la phthisie ? Non ; car j'ai eu grand soin, à l'exemple des maîtres de l'art, de préciser les cas dans lesquels on peut les employer, et ceux dans lesquels il faut s'en abstenir.

Je renvoie M. Millet à la page 231 du tome II de la deuxième édition de mon *Traité des maladies du système respiratoire* ; voici ce que j'ai écrit, depuis, à la page 21 du tome XIX du *Journal de médecine de Bruxelles :* « Mes observations 2, 3 et 4 démontrent l'heureuse influence de l'iodure de fer dans le traitement de la phthisie pulmonaire à marche lente, qui a pour support une affection strumeuse..... L'iodure de fer peut être utile, administré par un praticien instruit, quand il est conseillé aux phthisiques, dont la constitution est lymphatique, dont la marche de la maladie est chronique et sur les poumons desquels il ne se forme pas de fortes congestions sanguines. » Ayant vérifié moi-même, à l'aide de faits raisonnés, l'opinion de Barbier et celle d'Ashwell (*Gazette médicale de Paris*, 1838,

n°s 22 et 23), j'ai écrit le passage suivant dans mon *Traité de la chlorose et des maladies chlorotiques* : « Il ne faut pas administrer les ferrugineux lorsque la phthisie est accidentelle, lorsqu'il y a soit congestion (sanguine) bronchique ou pulmonaire, soit phlegmasie des poumons, car ils hâtaient la marche de la maladie (p. 118)... » « Quand l'hémoptysie, chez une chlorotique, sera symptomatique d'une lésion du poumon (phthisie), il faudra s'attacher à détourner la congestion pulmonaire, à calmer la phlegmasie locale ; pour cela donc on suspendra les préparations ferrugineuses, etc., p. 117. »

Je maintiens aujourd'hui tout ce que j'ai écrit en 1854 et 1855 ; et, malgré les faits de M. Millet, je persiste à croire que quelques préparations ferrugineuses, employées dans certains cas de phthisie, sont utiles et qu'elles ne deviennent *incendiaires* que lorsqu'elles sont administrées dans les circonstances que j'ai indiquées d'après Barbier et ma petite expérience personnelle.

PUTEGNAT, D. M.,
correspondant de l'Académie de médecine à Lunéville.

Du traitement du zôna par l'application topique du perchlorure de fer.

Un des agents médicamenteux dont l'étude a été poursuivie avec plus de zèle est celle du perchlorure de fer ; aussi il n'est pas d'expérimentateur qui n'ait pu ajouter quelque application nouvelle à celles signalées déjà par ses devanciers. J'en viens fournir la preuve.

Le mode d'action de ce sel de fer sur les tissus muqueux et cutanés, ainsi que sur leurs sécrétions, m'a porté à étudier les effets sur la marche du zôna. Les résultats que j'en ai obtenus m'ont paru assez remarquables pour m'engager à appeler sur eux l'attention de mes confrères.

Obs. I. Charpentier, de Bury (Oise), âgé de vingt-trois ans, ouvrier dans la filature de M. Merceron, me consulte, au mois d'avril dernier, pour des boutons dont il souffre beaucoup, dit-il, et qui entourent la moitié gauche de la circonférence de la taille. L'éruption date de la veille. En effet, j'aperçois dans l'espace de sept centimètres de haut, depuis l'épigastre jusqu'à la colonne vertébrale, une ceinture éruptive s'arrêtant brusquement au milieu de la région dorsale. Elle était formée de petits croissants, hérissés de minimes vésicules renfermant un liquide transparent, légèrement jaunâtre, se détachant de la peau, qui était d'un rouge vif. Ces demi-cercles zoniques étaient en assez grand nombre ; le malade ne pouvait supporter le contact de sa chemise tant il était douloureux.

Je prescris un badigeonnage avec le perchlorure de fer liquide, qui devra être répété trois fois par jour, en ayant soin de recouvrir la région avec une épaisse couche de ouate. Trois jours après, Charpentier vient me dire qu'il est guéri; il me montre une peau parfaitement nette, lisse, d'un rouge encore assez intense, mais saine.

Obs. II. Dans le courant du même mois, un jeune homme de cette filature, dont le nom m'échappe, me consulte également pour un zôna du côté droit. Son camarade lui avait raconté la rapidité de sa guérison. Les groupes de vésicules n'étaient plus semblables; celles-ci étaient disséminées sans aucune symétrie; même prescription, même succès, dont je fus vraiment surpris.

Dans le cas suivant, le zôna était énormément développé.

Obs. III. Le 23 avril 1862, la demoiselle Hortense Commien, de Mouy, âgée de cinquante ans environ, n'étant plus réglée depuis plusieurs années, d'une excellente santé habituelle, ressent, sans cause connue, une douleur épigastrique intense, une pression dans le dos et autour des fausses côtes gauches. L'appétit est un peu perdu. Les jours suivants, une châleur brûlante, des battements se manifestent dans la même région; elle est faible, le sommeil est troublé, incomplet, puis, au bout de huit jours de malaise, une éruption se montre à la moitié gauche du corps. La demoiselle Commien applique des cataplasmes de farine de lin qui lui occasionnent des douleurs atroces. Enfin, au bout de cinq jours de souffrances à partir du moment de l'éruption, elle me fait appeler.

7 mai. Je constate depuis l'épigastre jusqu'aux vertèbres du côté gauche une ceinture rouge vif, de la largeur de la main, couverte de grosses vésicules irrégulières d'un volume inégal, criblée de petites éminences transparentes répandues par milliers et extrêmement sensibles.

J'applique, séance tenante, une couche du mélange suivant :

Perchlorure de fer liq..................	12 grammes.
Glycérine............................	4 grammes.

Je recommande de renouveler cette application trois fois par jour et de recouvrir de ouate les surfaces malades.

Le lendemain 8. Lors de ma visite, j'apprends que le sommeil a eu lieu pour la première fois depuis l'invasion du zôna. Les grosses vésicules n'ont pas changé, les petites sont restées stationnaires.

9. Même état. La peau se tanne. Affaissement des petites vésicules. J'ouvre les grosses vésicules, je donne issue à la sérosité et je les badigeonne de perchlorure de fer.

10. Insomnie et douleurs cuisantes, probablement provoquées par le médicament, car la malade dit qu'elles ne sont pas semblables. J'ajoute du laudanum à mon liquide caustique et je badigeonne plus vigoureusement que jamais.

11. Affaissement de toutes les grosses vésicules ; les petites sont sèches. La malade s'est trouvée si bien, qu'elle s'est levée et s'est promenée. Le frottement de la ouate, qu'elle avait omis de renouveler, cause quelques douleurs. Continuation du moyen topique.

12. Toutes les vésicules sont sèches. La peau est brune, à peine sensible. Une seule application du perchlorure de fer.

13. Je fais ma dernière visite et constate que la guérison est complète.

Il a fallu deux jours d'application du sel de fer pour que l'imprégnation fût faite ; mais aussitôt qu'eut lieu le contact du liquide médicamenteux avec la surface malade, il y eut arrêt de développement des vésicules, puis affaissement, puis dessiccation. Si j'avais été appelé plus tôt (l'éruption datait de cinq jours), la maladie aurait avorté.

Je crois qu'il est préférable d'appliquer le perchlorure de fer pur ; mélangé avec la glycérine, il a une action beaucoup moindre ; le laudanum seul peut y être joint, quand les douleurs sont très-fortes ; ainsi :

1° Au début de l'affection, larges applications de perchlorure de fer liquide, répétées trois fois par jour, afin de faire avorter l'éruption commençante.

2° Si les vésicules sont formées, ouvrir les plus grosses, donner issue à la sérosité et faire pénétrer un pinceau en blaireau, bien imbibé du médicament, à l'intérieur de la poche, puis extérieurement. C'est ici que l'addition de laudanum est utile, à cause de la douleur que provoque cette application à vif du sel de fer.

A. Baudon, D. M.
à Mouy (Oise).

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique de médecine légale, rédigé d'après des observations personnelles, par J.-L. Casper, professeur de médecine légale à l'Université de Berlin, médecin expert des tribunaux, membre de la députation scientifique de la Prusse, conseiller intime du roi de Prusse, commandeur de l'Aigle rouge et membre correspondant de l'Académie impériale de médecine de Paris, des Académies de Moscou, de Bruxelles, etc., etc., traduit de l'allemand sous les yeux de l'auteur, par Gustave Germer-Baillière.

Naguère un médecin qui sait ce dont il parle, et qui parle bien de ce qu'il sait, M. le docteur Pénard, de Versailles, faisait toucher du

doigt les nombreuses lacunes qui existent en France dans la médecine légale, considérée comme institution accessoire de la justice. A celui qui se sera bien pénétré, en auditeur, des pages spirituelles de notre savant confrère, de l'insuffisance de cette institution, telle qu'elle existe parmi nous, nous conseillerons, s'il veut s'édifier sur la manière dont ces lacunes devraient être comblées, de lire la préface qui ouvre le livre dont nous nous proposons de parler ici. La médecine légale, qui remonte en Prusse jusqu'au temps de Charles-Quint, est constituée, dans cette partie de l'Allemagne, sur les bases les plus solides, et, à ce titre, elle y est devenue une institution accessoire de la justice, sans laquelle celle-ci ne saurait désormais être conçue. Si l'on s'avisait quelque jour, en France, d'opérer dans nos lois, à cet égard, une réforme, dont la nécessité saute aux yeux des observateurs les moins attentifs, on trouverait dans les trois instances (médecine légiste, collége médical, députation scientifique), par lesquelles peut passer successivement une question litigieuse, où la médecine est impliquée, un modèle sur le patron duquel cette réforme pourrait s'opérer. M. Gustave Germer-Baillière, en donnant de l'ouvrage magistral de l'illustre médecin de Berlin une traduction française élégante, n'affiche pas la prétention de hâter une réforme, dont il ne laisse pas de sentir profondément l'urgence cependant; mais, s'il n'a pas ce but expressément en vue, peut-être si nous y parvenons un jour, aura-t-il, en une certaine mesure, concouru à ce désirable résultat, en popularisant parmi nous un ouvrage où la médecine légale se présente dégagée des impédiments dont assez souvent on la hérisse tout à fait gratuitement parmi nous.

Le livre de M. Casper est marqué d'un cachet particulier, que nous voudrions avant tout bien faire saisir au lecteur. « Le médecin légiste, dit le professeur de Berlin, est médecin, pas autre chose, c'est-à-dire ni jurisconsulte, ni juge. » Nous ne pensons pas autrement en France ; mais dans les déductions pratiques de ce principe, M. Casper va plus loin que nous, et il semble que les magistrats de la Prusse acceptent sans conteste qu'il soit légitime d'aller plus loin que nous. Suivant la pensée de l'auteur, dans une foule de cas qui ressortissent de la médecine légale, l'expert doit demander à la clinique (médecine légale biologique) tous les enseignements qu'elle peut donner, et la conviction du médecin doit s'appuyer aussi bien sur ces éléments diagnostiques que sur ce qu'on appelle le *corpus delictum*, que la chimie ou l'anatomie est à même de nous fournir. « N'est-il pas extraordinaire, dit-il excellemment à cet égard, que tandis que le médecin appelé au lit du malade s'inquiète de tous les

faits concernant non-seulement l'état présent du malade, mais de ses antécédents, et de tout ce qui, enfin, est capable de jeter quelques lumières sur l'affection en question ; n'est-il pas extraordinaire, dis-je, que ce médecin, parce qu'il est appelé par la justice, ne doive tenir aucun compte ni des antécédents, ni des probabilités, ni des combinaisons du sens commun, et doive s'en tenir strictement *aux preuves absolues*, présentées par le sujet exploré, au moment même de l'exploration ? » Que pourrait-on dire avec une pareille théorie dans des expertises de maladies mentales, ou de mort attribuée à un assassinat ? Sans doute, ces enseignements de la clinique, là où ils peuvent être invoqués pour élucider une question litigieuse, sans doute, ces enseignements thanatologiques, pour nous servir d'une expression de l'auteur, n'ont pas toujours une signification assez précise pour que la justice appuie exclusivement sur la base qu'ils lui offrent des arrêts où la vie de l'homme, son honneur sont en jeu ; mais dans combien de cas aussi en est-il autrement, et où les affirmations de la science, quand elles émanent d'un homme suffisamment autorisé, peuvent-elles et doivent-elles être acceptées ? Il semble que l'institution du jury parmi nous aurait dû conduire naturellement à admettre cette extension de la médecine légale, ne s'arrêtant plus, comme autrefois, aux *preuves absolues* : vis-à-vis de magistrats intelligents, et qui n'estiment pas qu'à la robe s'attache une grâce surnaturelle, les choses ne se passent pas autrement ; mais le principe n'est pas posé, et il devrait l'être.

C'est à la lumière de cette saine conception de la science dont il traite que M. Casper étudie les nombreuses questions qu'il embrasse dans son important ouvrage. Oui, l'auteur a raison, son livre est une véritable clinique de médecine légale, et nous nous associons à son intelligent traducteur, M. Gustave Germer-Baillière, pour exprimer ici le vœu que quelqu'un de nos médecins légistes qui jouissent de la plus grande autorité parmi nous intronise en France cette méthode judicieuse et féconde : les matériaux ne manquent pas, les ouvriers non plus ; qu'est-ce donc qui pourrait empêcher la réalisation de ce vœu ? Quoi qu'il doive advenir de cette idée, et en attendant qu'elle ait donnée son fruit, c'est dans l'ouvrage du savant professeur de Berlin qu'il faut surtout étudier la symptomatologie largement conçue et largement exposée du viol, de la grossesse, de l'avortement provoqué, des désordres que quelques médecins ont compris sous la rubrique générale de *psychopathie* sexuelle, de la simulation et de la dissimulation, des empoisonnements, de la séméiologie *post mortem*, de l'asphyxie, de la

pendaison, etc., etc.; nos médecins légistes, il s'en faut beaucoup, n'ont pas tout laissé à faire aux médecins étrangers dans cet ordre important d'études; mais nous disons que nul d'entre eux ne s'est placé aussi carrément que le médecin de Berlin au point de vue clinique pour saisir cette symptomatologie dans ses manifestations biologiques, thanatologiques même. Nous sommes plus riches en vivisections; Orfila a créé toute une science, en donnant à la toxicologie l'extension qu'il lui a donnée; il sort de là partant des enseignements lumineux, féconds, utiles, qui resteront dans la science; mais encore un coup, les conclusions qui découlent de là n'ont pas et n'auront jamais la valeur précise des enseignements de la clinique médico-légale proprement dite, et l'on ne saurait trop applaudir à la méthode suivie par le savant auteur du *Traité pratique de médecine légale*, et qui l'a conduit logiquement à rapporter *in extenso* dans son livre une foule d'observations fort intéressantes, où tel ou tel cas de médecine légale est étudié dans tous ses détails, tout comme s'il s'agissait d'une fièvre typhoïde ou d'une albuminerie. Cette façon de considérer les choses de la médecine légale paraît acceptée en Allemagne, non-seulement par les médecins que M. Casper a entraînés dans sa voie par l'ascendant naturel d'une incontestable supériorité de doctrine, les magistrats eux-mêmes acceptent celle-ci, et demandent à la science les enseignements de cet ordre qu'elle peut leur donner. Habitués que nous sommes à ne marcher dans cette voie que *pede claudo*, il est telle observation de médecine légale racontée dans l'ouvrage dont nous parlons, où notre jugement hésiterait quand celui du médecin de Berlin n'hésite pas. La cause de cette hésitation, nous ne la plaçons pas seulement dans notre inhabitude à étudier les choses suivant cette méthode large et féconde, il faut en rendre responsable jusqu'à un certain degré notre magistrature elle-même, qui suspecte la science, et tend par là même à rendre plus incertaines ses conclusions.

Dans l'énumération que nous avons faite il y a un instant des principales questions traitées dans l'ouvrage de M. Casper, nous avons omis celle qui est relative à la médecine légale de l'aliénation mentale. Cette question n'a pas reçu dans ce livre de moins grands développements que les autres, et l'auteur n'y montre pas moins de sagacité, d'habitude pratique que dans toutes les autres. Pourtant nous n'oserions accepter sans restriction toutes les solutions qu'il propose sur ces questions délicates. Nous nous demandons, par exemple, si M. Casper a scruté assez profondément l'abîme

de certaines lésions de la volonté, de l'instinct en coïncidence évidente avec l'intégrité parfaite des facultés de l'intelligence proprement dite. C'est ainsi que, quand il s'efforce de distinguer l'impulsion au mal que ressent une nature dépravée, de l'entraînement irrésistible de je ne sais quelle dépravation instinctive, qui peut ne se traduire par aucune forme d'hallucination, nous ne savons pas s'il est bien descendu par l'analyse médico-psychologique au fond de l'abîme de la pathologie mentale. L'hallucination elle-même, qui, sans signifier nécessairement la folie, quoi qu'en aient dit Leuret et bien d'autres, l'hallucination elle-même, l'auteur en a-t-il une notion claire, profonde, qui le préserve toujours de l'erreur, quand il s'agit de l'apprécier elle-même, ou d'en séparer des mouvements internes qui en revêtent les apparences? Comme c'est là une question qui, en médecine légale, a une très-grande portée, qu'on me permette, avant de terminer, d'esquisser quelques vues du médecin allemand sur ce point. L'auteur parle quelque part des voix secrètes qui poussent certains individus à accomplir des actes pour lesquels la justice intervenant pose la question d'imputabilité. M. Casper n'admet que deux cas d'irresponsabilité en pareille circonstance ; puis, il ajoute : « Dans tous les autres cas, qui ne peuvent rentrer dans les deux numéros ci-dessus, la voix qui crie : *Tu dois le faire*, n'est autre chose que la *propre voix* du mauvais principe qui crie dans la poitrine du criminel, voix qui, après une lutte plus ou moins longue entre le bon et le mauvais principe, où sont posés les avantages et les dangers de l'action, triomphe dans la conscience et fait commettre le mal. Plus les avantages paraîtront séduisants en continuant à méditer l'action, plus l'homme se sentira entraîné à agir, et il est bien explicable que dans une telle lutte il ne trouve pas de repos, et qu'il lui semble de plus en plus qu'il faut le faire. » Nos aliénistes ont assurément été beaucoup plus avant dans l'analyse des phénomènes de l'ordre de ceux dont il s'agit ici, que ne paraît l'avoir fait l'illustre médecin légiste de Berlin, et nous en savons pour notre part qui souriraient à cette distinction si superficielle, qu'elle est à peine scientifique. Cela est vrai; une foule de criminels se rencontrent qui, quand l'image des châtiments qu'ils ont encourus se présente à leur esprit et les terrifie, invoquent banalement l'excuse de l'irrésistibilité, ils ne se comprennent plus, disent-ils, quelque chose les entraînait, etc., etc. Mais c'est là la phraséologie du bagne ou de l'antichambre de l'échafaud, comme c'est d'autres fois le langage métaphorique des fanfarons du crime. Mais quand on pénètre quelque peu dans cette nuit de la conscience,

et que, d'un autre côté, on a compris le pauvre aliéné en proie à l'hallucination qui lui fait entendre une voix dont les ordres doivent être obéis, on sent qu'un abîme sépare ces choses, et qu'il est impossible de les confondre. M. Casper sait cela mieux que nous et le dit comme nous, et pourtant sa leçon à cet égard nous a paru manquer de la précision, de la correction qui brillent dans toutes les autres; c'est pourquoi nous avons cru devoir, non rectifier une erreur, mais plus simplement, plus modestement et plus conformément à l'humilité de celui qui écrit ces lignes, redresser une tendance qui pourrait avoir ses périls.

Ce faux jour répandu sur une question ne nuit en rien à la lumière pleine, éclatante qui brille à presque toutes les pages de ce remarquable ouvrage, et encore une fois tous les médecins qui s'intéressent aux progrès de la science, aussi bien dans l'intérêt des saintes curiosités de l'esprit que dans l'intérêt des applications de l'art, sauront gré à M. Gustave Germer-Baillière d'avoir doté la médecine française d'une si importante version.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Observation d'une ovariotomie pratiquée avec succès a Strasbourg. — La seule ressource thérapeutique efficace que présente le traitement des kystes *multiloculaires* de l'ovaire est l'extirpation de l'organe; les moyens médicaux, de même que la compression, les ponctions simples, ou suivies d'injections iodées, tout échoue contre cette forme de la maladie, et les femmes ne tardent pas à succomber. Se fondant sur le précepte de Celse : *an satis præsidium sit si unicum est*, quelques chirurgiens n'ont pas hésité à recourir à cette grave opération pour soustraire les malades au sort qui les attend, et malgré des revers nombreux, comme il arrive toujours au début des essais d'un traitement nouveau, l'ovariotomie s'est introduite peu à peu dans la pratique des pays qui nous entourent, l'Allemagne, l'Italie et l'Angleterre sans parler de l'Amérique. L'espace nous manque pour discuter les causes du discrédit de l'ovariotomie en France; nous aurons, d'ailleurs, l'occasion prochaine d'aborder ce sujet, à propos de la communication que M. Nélaton se propose de faire à l'Académie de médecine, des deux opérations qu'il vient de pratiquer à Paris.

En attendant, nous plaçons sous les yeux de nos lecteurs le récit que M. Kœberlé vient de faire à l'Association des médecins du

Bas-Rhin, du succès complet et rapide qui a couronné l'opération d'ovariotomie qu'il a pratiquée à Strasbourg. Voici ce fait intéressant :

Obs. Mme W***, âgée de vingt-six ans, brune, bien constituée, mariée depuis deux ans, s'est aperçue, il y a un an et demi, de la présence d'une petite tumeur mobile dans le bas-ventre. Cette tumeur, formée par un kyste de l'ovaire, grossit peu à peu, malgré toutes sortes de remèdes médicaux, et finit insensiblement par envahir toute l'étendue de l'abdomen, en repoussant fortement en avant des deux côtés le rebord des hypocondres. A plusieurs reprises, la malade ressentit dans l'abdomen des douleurs sourdes, accompagnées de nausées, de vomissements, de fièvre. Les règles ont toujours été très-abondantes jusque vers les six derniers mois, pendant lesquels elles n'ont pas paru. Parvenue enfin à un degré déjà considérable d'affaiblissement et d'amaigrisssement, les lèvres décolorées, tourmentée par la dyspnée, les vomituritions incessantes, la constipation et un besoin incessant d'uriner, le pouls à 90-95, elle vint s'adresser à moi. Le ventre mesurait 106 centimètres de circonférence et était sillonné de chaque côté par de fortes arborisations veineuses par lesquelles le sang des extrémités inférieures venait se déverser dans les veines mammaires et axillaires.

La tumeur, méthodiqnement examinée, me parut formée par un kyste multiloculaire, avec prédominance d'une grande cavité pleine d'un liquide fluctuant et opaque. Il n'était plus guère possible d'en constater la mobilité, à cause de l'énorme tension des parois de l'abdomen, accompagnée d'un commencement d'éventration ombilicale. Le toucher vaginal me révéla l'absence d'une tumeur résistante dans l'excavation pelvienne ; le col de l'utérus était mou, normal et pouvait être facilement exploré avec le doigt.

La malade ayant voulu à tout prix être débarrassée de sa tumeur, je lui exposai les inconvénients et les avantages de la ponction et de l'extirpation complète. Elle se décida résolûment pour l'extirpation.

L'ovariotomie me paraissait pouvoir être pratiquée dans de bonnes conditions, mais on devait s'attendre à des adhérences pelviennes ou intestinales, à cause des accidents inflammatoires qu'éprouvait par intervalles la malade, du côté du péritoine. Encouragé par les conseils bienveillants de M. le professeur Schützenberger, mon cher et honoré maître, partisan déclaré de l'ovariotomie, qui a bien voulu me prêter l'appui de sa grande autorité, et par mon cher et savant collègue M. Aubenas, praticien des plus distingués et de la plus haute capacité, je m'occupai tout aussitôt de préparer la malade à la grave opération qu'elle devait subir.

Je laissai pendant quelques jours la malade s'habituer au séjour de l'établissement Sainte-Barbe. Après l'avoir soumise à un régime fortifiant, au moyen de viandes grillées et rôties, de vin généreux du Rhône, je lui fis prendre quelques grammes de sous-nitrate de bismuth, destiné à absorber ou à décomposer les gaz hydrosulfurés qui pouvaient exister dans le canal intestinal.

Le gros intestin ayant été partiellement débarrassé de son con-

tenu par un lavement, je procédai à l'opération le 2 juin, avec le concours bienveillant et avec l'assistance de M. le professeur Schutzenberger, de MM. les agrégés Aubenas, Hecht et Herrgott, et de M. Elser, notre habile fabricant d'instruments de chirurgie, qui a bien voulu se charger de la chloroformisation, qu'il pratique depuis bien longtemps avec une remarquable supériorité.

M'étant placé au côté droit, j'incisai l'abdomen sur la ligne médiane, dans une étendue de neuf centimètres, à distance égale du pubis et de l'ombilic. L'incision a été faite couche par couche, jusqu'au péritoine.

Le péritoine lui-même ayant été incisé sur une sonde cannelée, la tumeur apparut aussitôt, lisse, dépourvue d'adhérences. En cherchant à reconnaître avec le doigt s'il n'existait pas d'adhérences voisines, je tombai immédiatement vis-à-vis de l'incision sur une lame fibreuse, vasculaire, épaisse et garnie de prolongements festonnés : je reconnus aussitôt la trompe et le ligament large très-hypertrophiés, que je réclinai de côté. Je ponctionnai la tumeur avec un gros trocart de 8 millimètres de diamètre, et je la saisis immédiatement avec des pinces de Museux, pendant que le docteur Aubenas comprimait exactement, par l'intermédiaire de deux draps repliés, la paroi abdominale jusque tout autour de l'incision, afin de remplacer par la pression extérieure le refoulement qu'avaient subi les viscères et les vaisseaux abdominaux sous l'influence de la tumeur, de manière à ne pas changer brusquement les conditions de la circulation.

Le liquide n'a pu être évacué sans accident, en raison de l'imperfection du trocart à canule munie d'un tube de caoutchouc qui a été employé ; par suite, une certaine quantité de liquide s'est écoulée d'une manière irrégulière et a sali les abords de l'incision, mais sans toutefois pénétrer dans la cavité abdominale.

Après avoir exactement nettoyé et épongé les parties salies, je commençai l'extraction du kyste, qui s'était vidé peu à peu pendant cet intervalle ; une certaine portion put en être extraite assez facilement, ainsi qu'une masse lobulée multiloculaire de la tumeur ; j'amenai ensuite au dehors le grand épiploon fortement adhérent dans une étendue de 24 centimètres. Après avoir coupé les adhérences le plus près, c'est-à-dire au ras de la tumeur, j'ai maintenu, sans m'en inquiéter, l'épiploon au dehors, dans l'angle supérieur de la plaie, afin de laisser à l'hémorrhagie veineuse qui se faisait par la surface de section le temps de se calmer ; elle n'était d'ailleurs pas inquiétante, à cause de la constriction que l'épiploon éprouvait entre les lèvres de la plaie et le kyste qui s'y trouvait attiré. Mais bientôt il me fut impossible d'attirer davantage le kyste déjà extrait en grande partie. M'étant assuré avec le doigt que l'obstacle provenait d'un épaississement considérable de la tumeur, de kystes multiloculaires, je fendis le grand kyste déjà complétement vide et j'essayai de ponctionner, par son intérieur, avec un trocart ordinaire, la masse qui résistait, en me guidant avec l'indicateur de la main gauche sur la paroi extérieure de la tumeur. Cette ponction, pratiquée dans plusieurs sens, n'ayant fourni qu'une pe-

tite quantité d'une matière blanchâtre très-épaisse, j'agrandis l'incicion primitive de 3 centimètres, ce qui me permit d'extraire toute la tumeur; mais, quoique les efforts d'extraction aient été très-médiocres, la masse composée de kystes multiloculaires s'était rompue dans une étendue de 14 centimètres, et il s'en était écoulé une matière albumineuse très-épaisse qui s'était répandue en petite quantité, il est vrai, dans l'excavation pelvienne. Cette matière s'était mélangée avec une grande quantité de sérosité péritonéale sanguinolente, mêlée de caillots provenant de la rupture d'adhérences du kyste dans l'excavation pelvienne.

En même temps que le kyste fut extrait, plusieurs anses d'intestin grêle s'échappèrent au dehors, où je les maintins dans l'angle supérieur de la plaie.

Le pédicule fut étreint dans une forte ligature, le plus loin possible de l'utérus et coupé ensuite très-près de la tumeur.

Il s'était écoulé du grand kyste 12 litres de liquide brunâtre. Les parois de ce kyste avaient 1 1/2 millimètre à 3 1/2 millimètres d'épaisseur. La masse solide de la tumenr pesait 1 1/2 kilogramme.

Je reconnus que l'ovaire droit était sain et je m'occupai tout aussitôt de déterger exactement l'excavation pelvienne des caillots, de la sérosité et de l'albumine épanchée provenant des kystes rupturés, en observant avec soin s'il ne s'opérait plus d'hémorrhagie dans la profondeur au niveau des adhérences faibles des kystes dans le bassin.

Rassuré sur ce point, et ayant épongé exactement les organes pelviens avec une éponge bien exprimée et réservée à cet effet, je nettoyai délicatement les anses d'intestin grêle que je réintégrai dans l'abdomen, puis je m'occupai enfin du grand épiploon qui était resté pendant 20 à 25 minutes exposé à l'air au dehors et qui ne laissait plus sourdre de sang que par deux veines volumineuses qui durent être liées : elles furent chacune étreintes avec du gros fil de soie dont je laissai exprès les deux chefs. L'épiploon et les anses intestinales avaient subi un abaissement de température très-notable, ce qui du reste ne m'inquiétait nullement. L'épiploon bien nettoyé ayant été replacé dans la cavité abdominale, le pédicule de la tumeur fut étreint très-fortement à 1 1/2 centimètre au-dessous de la ligature, dans un écraseur semi-lunaire, et attiré dans l'angle inférieur de la plaie. Celle-ci fut réunie par quatre points de suture entortillée, les épingles n'arrivant que sur la limite du péritoine sans l'intéresser. Les fils des ligatures épiploïques furent placés entre le dernier point de suture et l'écraseur, et fixés solidement au pédicule, de manière à ne pas plonger au delà de 1 à 2 centimètres de leur point d'émergence.

Je ne fis aucun pansement. Une simple compresse servit à recouvrir l'incision et le pédicule.

Je restai pendant deux heures auprès de l'opérée en comprimant moi-même méthodiquement l'abdomen, pour en éviter la congestion vasculaire et pour maintenir les parties pendant les vomissements très-fréquents provoqués par la chloroformisation, qui avait dû être prolongée pendant trois quarts d'heure. Les vomissements s'étant

calmés peu à peu au bout de deux heures, je remplaçai la compression des mains par la pression exercée par environ 1/2 kilogramme de glace renfermée dans deux vessies, placées sur une toile cirée et sur un drap replié en plusieurs doubles de chaque côté de l'incision. La glace a été ainsi maintenue en permanence pendant onze jours, dans le but de modérer l'action d'une température trop élevée sur la décomposition du sérum, du pus, du pédicule : la température du ventre au-dessous des vessies, appréciée au thermomètre, a oscillé entre 18 et 20 degrés centigrades.

Pendant les trois premières journées, l'opérée a été maintenue à la diète des boissons et des aliments. Pour calmer sa soif pendant tout ce temps, elle n'a usé que de morceaux de glace qu'elle laissait fondre dans la bouche. Au quatrième jour, elle a pris trois bouillons, de l'orangeade, de l'eau ordinaire en petite quantité et de la glace pour boisson. Le cinquième jour, la nourriture a consisté en un peu de poulet, du bouillon et de l'eau rougie. A partir du sixième jour, l'alimentation est devenue de plus en plus substantielle et abondante. La boisson se composait d'eau rougie avec du vin ordinaire et de vin de Malaga (100 grammes par jour).

Les huit premiers jours l'opérée a pris chaque jour environ 10 centigrammes d'acétate de morphine.

A la suite de la chloroformisation survinrent des vomissements, d'abord glaireux, que l'eau gazeuse, même en petite quantité, semblait provoquer plutôt qu'elle parvenait à les calmer ; vers midi, les vomissements, toujours fréquents, se colorèrent de bile, et vers le soir ils devinrent verdâtres, porracés. L'eau gazeuse ayant été complétement supprimée et l'opérée ayant été réduite à l'usage de petits morceaux de glace, les vomissements diminuèrent peu à peu dans la nuit, devinrent simplement glaireux et disparurent complétement vers midi du deuxième jour, après avoir duré trente heures. Le septième jour, l'opérée a eu de nouveau trois vomissements bilieux à la suite d'un purgatif à l'huile de ricin.

Les trois premiers jours l'opérée n'a ressenti aucune douleur dans le ventre et au niveau de la plaie ; elle n'a éprouvé qu'une sensation de tiraillement dans le flanc gauche (l'ovaire gauche avait été extirpé), irradiant dans la cuisse : ce tiraillement a persisté jusqu'à la séparation de la partie mortifiée du pédicule, ce qui eut lieu le treizième jour.

La plaie, toujours entretenue très-proprement, a été nettoyée trois fois par jour, les huit premiers jours, pour la débarrasser de la sérosité et puis du pus qui en suintait et qui tendait à se décomposer rapidement sous l'influence de la température élevée et malgré la glace.

Dès le second jour, le pédicule commença à se putréfier. Pour obvier à sa décomposition, je l'enduisis de perchlorure de fer, qui arrêta net la putréfaction, et il se dessécha du jour au lendemain.

La suppuration s'établit dès la fin du troisième jour, et je donnai issue à quelques bulles de gaz et à une petite collection purulente qui tendait à se former sur le trajet des fils des ligatures et qui se serait immanquablement ouverte dans le péritoine sans mes soins

attentifs. A partir du quatrième jour, la suppuration le long des fils et autour du pédicule a toujours été crèmeuse, de bonne nature, peu abondante et sans odeur particulière.

Je maintins le pédicule entre les mors de l'écraseur qui avaient été successivement resserrés jusqu'au sixième jour. Je le remplaçai par deux morceaux de sonde rendus rigides et liés ensemble à leurs deux extrémités, qui restèrent en place jusqu'à la séparation de la partie mortifiée du pédicule au treizième jour.

Dès le quatrième jour, l'opérée a été tourmentée par des gaz résultant d'une constipation opiniâtre. Le ventre s'éleva insensiblement et la tympanite intestinale devint de plus en plus considérable, malgré tous les moyens employés, jusqu'à ce qu'il se fît enfin une débâcle de matières stercorales, et qu'il s'échappât une quantité de gaz le dixième jour; mais ce n'est que vers le seizième jour que les selles se produisirent spontanément et que le ventre se réduisit dès lors à des dimensions normales. La tympanite a été, dans cette opération, une complication très-grave et très-inattendue, et les précautions que j'avais prises pour le maintien du pédicule et des lèvres de la plaie furent très-utiles.

Les épingles des sutures ont été détachées les deux premières le cinquième jour, la troisième le sixième, et la dernière le septième jour: celle-ci avait irrité la paroi abdominale, et une suppuration assez abondante s'était opérée sur son trajet.

J'ai remplacé les épingles au fur et à mesure que je les ai enlevées par des fils attachés à la paroi abdominale avec du collodion mêlé de brins de coton et réunis ensemble sous forme de cordons, que j'ai pu serrer à volonté par un nœud. Au moyen de ces fils, maintenus jusqu'au dix-septième jour, j'ai pu facilement m'opposer au tiraillement, à l'écartement que les lèvres de la plaie fraîchement cicatrisées tendaient à subir sous l'influence de la distension abdominale, mais il fallut trouver un moyen pour s'opposer à la traction exercée sur le pédicule. J'y réussis pleinement au moyen d'un bourrelet très-épais de linge tortillé et disposé sous forme d'un anneau tout autour du pédicule, ce qui eut de plus l'avantage de concentrer la suppuration vers ce dernier, autour duquel il n'existait aucune pression. Un bandage de corps assez serré maintenait le tout en place au moyen de liens disposés convenablement. Ce pansement a été continué jusqu'au dix-huitième jour.

Dans cet intervalle, la suppuration diminua progressivement. L'un des fils des ligatures put être détaché et extrait le quinzième jour, le deuxième ne fut extrait que le dix-neuvième. Un peu d'empâtement s'était peu à peu développé autour du dernier point de suture, et il s'était produit une petite collection purulente dans l'épaisseur de la paroi abdominale à droite. Cette collection se vida naturellement par l'extrémité inférieure non encore fermée de la cicatrice, sous l'influence du bourrelet circulaire et du décubitus latéral sur le côté gauche. A partir du vingtième jour la suppuration devint insignifiante: il n'existait plus que trois petits trajets fistuleux borgnes, l'un du côté du pédicule, l'autre le long des ligatures, et le troisième du côté du petit abcès en voie de complète cicatrisa-

tion. L'orifice de ces trajets a été maintenu béant par quelques brins de charpie jusqu'à la cicatrisation complète au vingt-quatrième jour.

Pendant toute la durée de la cicatrisation le ventre est resté mou, souple, indolore, insensible à la pression, excepté sur le trajet de l'S iliaque pendant la durée de la constipation et quelque temps après les débâcles de matières stercorales ; mais il n'y a pas eu de symptôme marqué de péritonite.

Avant l'opération, le pouls de la malade accusait 90 à 95 pulsations. Le premier jour, 95 pulsations après l'opération, 90 à deux heures et 95 à dix heures du soir (vomissements porracés).

Le deuxième jour, 90 pulsations le matin, 85 à midi (cessation des vomissements), 82 le soir (somnolence).

Le troisième jour 80, 82, 86 (indices de suppuration, irritation autour des deux derniers points de suture).

Le quatrième jour, 90, 95, 100 (commencement de météorisme, suppuration, ventre mou, souple, indolore).

Le cinquième jour, 115, 120, 118.

Le sixième jour, 128, 120, 104.

Le septième jour, 105, 98, 95.

Le huitième jour, 95.

Le pouls se maintint élevé du quatrième au huitième jour, sous l'influence du météorisme abdominal, de la température exceptionnelle de l'atmosphère, d'une abondante transpiration et d'une agitation continuelle. Il s'était développé en même temps des rougeurs phlycténoïdes dans la région sacrée, sous l'influence du décubitus.

La température s'étant abaissée à la suite de plusieurs orages (du cinquième au sixième jour la température de la chambre, très-spacieuse d'ailleurs et bien ventilée où se trouvait l'opérée, était encore à 29 degrés centigrades à dix heures du soir) et la constipation ayant fini par céder, le pouls n'a plus guère dépassé 95 pulsations après le huitième jour, et à partir du dix-neuvième jour il ne marquait plus que 85 à 82 pulsations. L'opérée, d'ailleurs, se levait alors d'elle-même de son lit, son appétit était excellent, sa maigreur diminuait, et toutes les fonctions de l'économie s'opéraient à merveille.

Le vingt-quatrième jour, la suppuration s'est complétement tarie. La plaie abdominale, primitivement de 13 centimètres, s'est réduite à une cicatrice linéaire de 4 centimètres, terminée à son extrémité inférieure par une dépression ombiliquée. Le ventre est également souple partout. La santé est parfaite.

Mme W*** a été présentée, le 3 juillet, à la Société de médecine, complétement guérie.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Bains de valériane *dans le traitement de l'hystérie et de diverses maladies nerveuses.* Le dégoût qu'inspire la valériane aux malades a éloigné beaucoup de médecins de son emploi, malgré son efficacité bien établie dans un grand nombre de maladies nerveuses. M. Beau, ne voulant pas

perdre les bénéfices qu'on peut retirer de ce médicament, l'administre depuis quelques années, le plus souvent avec succès, sous forme de bains, dans l'hystérie, les névralgies, le nervosisme, etc. Quelques observations recueillies dans son service, à l'hôpital de la Charité, démontrent l'action antispasmodique de cette racine employée en bains. Voici comment il fait préparer en bains :

Pr. Racine sèche de valériane concassée... 500 grammes.

On fait infuser cette racine pendant une demi-heure, dans deux ou trois litres d'eau bouillante. On ajoute l'infusion à l'eau d'un bain ordinaire.

Les effets de ces bains sont le plus souvent immédiats. Jamais nuisibles, d'après M. Beau, ils soulagent toujours et très-souvent ils produisent des résultats surprenants. Les bains de valériane ne constitueraient donc pas seulement un palliatif, mais, dans certains cas, un vrai moyen curatif de la maladie.

Voici deux observations prises parmi les faits de ce genre recueillis dans le service de ce médecin :

Obs. I. Une jeune fille, hystérique, âgée de dix-neuf ans, était à l'hôpital depuis plus d'un an, lorsque M. Beau prit le service en janvier dernier. Elle présentait tout le cortége des symptômes qui accompagnent ordinairement l'hystérie. On remarquait surtout une anorexie complète, une tympanite considérable avec constipation opiniâtre, des névralgies multiples intercostales, lombo-abdominales, névralgie du côté de la vessie, une anesthésie complète, avec analgésie de la moitié inférieure du corps, et des douleurs si intenses dans l'articulation coxo-fémorale qu'elles s'opposaient à tout mouvement et simulaient une coxalgie depuis plusieurs mois.

Dans les premiers jours du mois de février, elle prit un bain de valériane ; elle fut immédiatement soulagée, et le soir même elle fut calme et éprouva un sentiment de bien-être auquel elle n'était pas accoutumée. Le lendemain l'appétit se fit sentir, et le sommeil revint.

Trois jours après, une vive contrariété vint détruire les effets salutaires de ce bain ; les accidents nerveux reprirent le dessus.

Le lendemain, elle prit un second bain qui produisit un soulagement des plus marqués. L'insomnie, la tympanite et les douleurs névralgiques disparurent dans l'espace de deux jours.

L'appétit était revenu depuis le premier bain. Elle a pris six bains en dix-huit jours. Au bout de ce temps, elle partait pour le Vésinet dans un état de santé satisfaisant. Il ne restait rien de tous ces symptômes nerveux, ni de la pseudo-coxalgie. Elle a été revue depuis, parfaitement guérie.

Obs. II. Une autre jeune fille, hystérique, avait des attaques fréquentes et était tourmentée par des douleurs névralgiques si intenses, qu'elle ne pouvait pas marcher. Il y avait anorexie. Elle était dans l'immobilité la plus complète ; la moindre pression, le plus léger mouvement lui arrachaient des cris. Les douleurs siégeaient dans tous les membres et surtout sur le trajet des nerfs lombaires et intercostaux. Cet état durait depuis plusieurs semaines, lorsqu'elle prit un bain de valériane le 28 mars. Après le bain, soulagement très-marqué ; elle souffrit beaucoup moins et put se lever pendant quelques heures. La nuit fut très-calme. Le lendemain, l'appétit revint, les douleurs furent moins intenses. Nouveau bain le 31 mars. Soulagement des plus évidents. Les douleurs disparurent complétement, et, à partir de ce jour, elle mangea trois portions. Elle sortit quelques jours après, débarrassée de ses douleurs.

Cataracte double *capsulo-lenticulaire et pseudo-membraneuse adhérente, compliquée d'iritis chronique ; iridectomie ; guérison*. L'iritis chronique, compliquant la cataracte par les exsudations plastiques qu'elle produit, apporte dans le traitement chirurgical de l'affection primitive les plus sérieux obstacles. Il y a plus : par les exacerbations, par l'état suraigu que l'opération peut susciter dans la phlegmasie de l'iris, celle-ci, jusqu'au jour où, très-notablement abaissée, elle sera parvenue à son déclin, oppose à l'opération de la cataracte une contre-indication formelle. On regarde trop généralement aujourd'hui, avec M. de Graefe, l'opération de l'iridectomie comme un moyen sûr de guérir l'iritis chronique. A l'appui de cette opinion, M. Sichel rapporte qu'il y a six ans, il donna des soins à un garçon de seize ans, scrofuleux, affecté d'iritis chronique. Une médication antiphlogistique et antiscrofuleuse prolongée avait amené dans la maladie une amélioration très-notable, lorsque M. de Graefe vit le malade à la clinique de M. Sichel, et, contrairement à l'avis de

celui-ci, crut opportun de ne plus ajourner l'iridectomie. L'opération pratiquée par M. Sichel, avec un succès complet, eut tout d'abord, pour la vision, un résultat satisfaisant; mais l'état inflammatoire de l'iris ne tarda pas à s'accroître. Au bout de quelques semaines, l'iritis redevenue subaiguë, malgré un nouveau traitement antiphlogistique et antiscrofuleux, avait déterminé la production de fausses membranes qui entraînèrent l'oblitération de la pupille nouvellement établie et la perte définitive des fonctions de l'organe.

Toutefois M. Sichel ne rejette pas sans appel l'iridectomie en pareil cas, mais à la condition de temporiser jusqu'à ce que la phlegmasie, dont l'iris est le siége, ait cédé à un traitement antiphlogistique approprié. L'opération pratiquée dans ces conditions a réussi dans des circonstances difficiles, d'ailleurs, ainsi qu'on en jugera par la relation du fait suivant:

Mlle B***, âgée de vingt-deux ans, se présente à la clinique, étant complétement aveugle depuis trois ans, par suite d'une irido-choroïdite. Les deux iris ont perdu leur couleur normale et sont d'une teinte vert pâle. Les deux pupilles sont notablement rétrécies et remplies par des fausses membranes blanchâtres, adhérentes aux bords pupillaires de l'iris, épaisses, élevées et comme raboteuses dans leur plus grande étendue, plus minces, plus lisses et en partie interrompues dans quelques points, où de petites lacunes permettent de reconnaître que les cristallins sont opaques. La vision est réduite à une perception confuse de la lumière; la conjonctive est injectée; il existe encore de la douleur oculo-circumorbitaire et quelques étourdissements, et en même temps un état chloro-anémique qui interdit un traitement trop débilitant. A raison de la gravité de cet état, qui n'admettait qu'un pronostic défavorable, il fut sursis à toute opération; et la malade fut soumise à un traitement tantôt légèrement antiphlogistique, altérant et dérivatif, tantôt antichlorotique et tonique. (Application de 4 sangsues au-devant de chaque oreille, laxatifs, calomel avec soufre doré d'antimoine, à doses très-fractionnées, la pommade d'oxyde noir de cuivre avec ou sans extrait de belladone, le chlorure de barium, l'huile de foie de morue. les pédiluves irritants, tels furent les moyens alternativement mis en usage.) Après trois mois de ce traitement, les iris avaient pris une teinte plus normale; la perception de la lumière étant devenue très-nette, l'opération de l'iridectomie et de l'extraction des cristallins fut pratiquée aux yeux, à l'aide de grandes curettes de Waldau. L'ophthalmie traumatique consécutive, très-faible, ne se manifesta presque pas dans l'iris. Un traitement antiphlogistique et dérivatif très-doux suffit pour la dissiper promptement; au bout de quinze jours la malade se conduisait seule. (*Union médic.*, juin 1862.)

Choléra antimonial (*Du*) *et de son influence favorable sur la dothinentérie*. M. Beau, dans une de ses conférences cliniques, a signalé les divers effets de la médication stibiée et, en particulier, la superpurgation que produit, dans certains cas, le tartre stibié, et l'influence favorable qu'exerce parfois ce choléra antimonial, ainsi qu'il le désigne, sur le début de la dothinentérie.

Dans les dyspepsies qui peuplent en si grand nombre les hôpitaux, l'effet thérapeutique du vomitif, dit M. Beau, est en rapport avec la quantité des matières bilieuses rejetées par le vomissement. Si les évacuations ont été copieuses, l'amélioration est sensible, et très-fréquemment même la maladie est enrayée. Si, au contraire, les vomissements ont été rares. si l'émétique a *coulé*, le résultat est beaucoup moins satisfaisant. Il faut, en pareil cas, que l'émétique justifie sa dénomination, si le malade n'a pas émis de bile en quantité convenable, le but est manqué. D'un autre côté, il arrive parfois que les évacuations jugées salutaires ont eu lieu en très-grande abondance, sans que le malade se trouve mieux. Il est même plus mal que la veille. On apprend alors qu'il a rempli deux ou trois cuvettes de bile, et qu'il est allé un grand nombre de fois à la selle. C'est là un choléra tout particulier, le choléra stibié ou antimonial, qui finirait probablement par prendre les proportions du véritable choléra, si l'on persistait dans l'usage de la médication émétique. Que l'on s'arrête, et tout se passe sans accidents. Ce choléra, en effet, guérit toujours spontanément. En voici un exemple.

Un homme entre à la Charité, souffrant de douleurs vagues dans les articulations, avec anorexie et fièvre. M. Beau prescrit du sulfate de quinine, à titre d'antiphlogistique. Le lendemain, l'amélioration étant nulle. et l'embarras gastrique se dessinant da-

vantage, il fait administrer la potion ipéca-stibiée qu'il formule ainsi :

Tartre stibié.........	1 décigr.
Poudre de racine d'ipécacuanha.........	1 gramme.
Eau.................	120 grammes.

à prendre en deux fois à dix minutes d'intervalle. Cette potion donna lieu à tous les accidents du choléra stibié. C'était le 3 mai ; le 4, amélioration sensible obtenue sans traitement spécial ; le 5, le malade demandait à manger, et l'on vit clairement la maladie qu'il couvait à son entré à l'hôpital ; c'était une varioloïde.

Ce choléra, ajoute M. Beau, qui ne tue jamais, vient parfois juguler à propos un état morbide dont les suites pourraient être mortelles. Ainsi, plusieurs fois, notamment à l'hôpital Cochin, il a vu le choléra stibié enrayer brusquement une dothinentérie au début. Sans se prononcer sur la question de savoir s'il y a ou non antagonisme entre les deux états morbides, ce qui est certain et d'un grand enseignement pratique, c'est que chez les sujets atteints de fièvre typhoïde bien constatée, il est arrivé que cette fièvre a disparu complétement dans la tempête cholérique provoquée par la médication stibiée. (*Journ. de méd. prat.*, juin 1862.)

Entérotomie abdominale. *Extraction d'un calcul intestinal du poids de 600 grammes.* On connaît l'histoire des entérolithes, surtout depuis les remarquables travaux de M. J. Cloquet sur ce sujet. Le fait suivant, que rapporte M. le docteur Sanchez de Toca, n'est pas seulement intéressant par la rareté de l'espèce d'entérolithe à laquelle il se rapporte, il l'est bien plus encore par la question importante de pratique qu'il soulève.

Dona-Maria N***, âgée de quarante-cinq ans, éprouvait depuis cinq ans une douleur gravative dans la région hypogastrique droite, s'irradiant dans la région inguinale. Bientôt apparut une tumeur du volume d'une noix, sans changement de couleur à la peau, douloureuse à la pression. Après deux ans passés ainsi, la tumeur augmenta graduellement ; puis parurent des symptômes gastriques, anorexie, vomissements, fièvre et malaise général. La tumeur donna des signes évidents de fluctuation ; on l'ouvrit, et on donna issue à une grande quantité de pus tenant en suspension quelques débris de tissu cellulaire adipeux. On maintint une mèche dans l'ouverture, et le volume de la tumeur parut diminuer, la fièvre, les symptômes gastriques disparurent, et les règles supprimées depuis deux ans se rétablirent. Mais cette amélioration ne se maintint pas, malgré cinq années de traitement, pendant lesquelles on épuisa toutes les ressources de la thérapeutique. L'ouverture resta fistuleuse, donnant issue à des matières stercorales, tantôt fluides, tantôt liquides. On crut alors pouvoir diagnostiquer une tumeur ovarique communiquant avec l'intestin.

Vers le mois de novembre 1861, la tumeur avait le volume d'une tête de fœtus à terme, dure, compacte, occupant la moitié droite de la région hypogastrique ; l'ouverture de l'anus anormal était à deux travers de doigt de l'anneau ombilical, à droite de la ligne blanche, au niveau du bord interne du muscle droit de l'abdomen, infundibuliforme, laissant passer une sonde ordinaire, limitée par des bords calleux. L'introduction d'une sonde permit de reconnaître la présence d'un calcul, non pas seulement à cause de la sensation donnée par un corps résistant, mais par le bruit métallique que donnait le choc de l'instrument. On chercha d'abord à dilater l'ouverture par l'introduction d'éponge préparée, mais les symptômes fâcheux continuant, on se décida à pratiquer l'opération.

Le 7 septembre, après avoir incomplétement endormi la malade, le chirurgien conduisit un bistouri boutonné le long de son doigt introduit dans la fistule, fit une incision cruciale, la branche verticale parallèle à la ligne blanche, la transversale coupant transversalement le muscle grand droit dans toute son épaisseur, y compris l'artère épigastrique, qui fut liée. Le calcul fut saisi avec une tenette ; mais il était si adhérent, qu'il fallut le dégager avec l'ongle ; il pesait 600 grammes et comptait 8 centimètres dans son diamètre transversal, et 12 dans le sens de sa plus grande longueur. Ce calcul était constitué par des couches concentriques de phosphate et de carbonate de chaux, de matières grasses ; il avait pour noyau des matières fécales durcies.

L'exploration attentive de la plaie permit de constater que sur aucun point l'incision n'avait dépassé les limites des adhérences péritonéales. Le traitement consista dans l'introduction

de deux grosses mèches aux angles supérieur et inférieur de la plaie ; le deuxième jour, il y eut une hémorrhagie provenant de l'angle inférieur de la plaie ; le troisième, survinrent des symptômes d'une péritonite qui enleva la malade le septième jour après l'opération. L'autopsie ne put être faite.

On voit, par cet exemple, quelle réserve il faut apporter dans les tentatives d'extraction de ces calculs par l'agrandissement de la plaie. On a donné le conseil, en pareil cas, de n'agrandir l'ouverture qu'avec la précaution de ne pas dépasser la limite des adhérences. Un conseil plus sage encore est celui qui a été donné par le rédacteur du journal auquel nous empruntons cette relation, de chercher à dilater l'ouverture avec l'éponge préparée ou à fragmenter le calcul, plutôt que de recourir au bistouri. (*El Siglo medic.* et *Gaz. hebdom.*, juin 1862.)

Laryngite chronique *œdémateuse* (*Traitement topique de la*). On sait combien peu il faut compter sur les moyens internes dans le traitement de la laryngite chronique œdémateuse. On peut, lorsqu'il s'agit d'ulcérations syphilitiques du larynx, aider puissamment, sans doute, à la guérison par une médication spécifique ; mais dans ce cas même, l'œdème exige de prompts secours ; et ceux-ci on ne peut les trouver que dans le traitement topique. Les principaux moyens employés sont la scarification, la trachéotomie, l'emploi de la sonde laryngienne et la cautérisation. Les divers procédés de scarification se résument dans l'emploi d'une petite lame fixée à un manche recourbé, maniée par la main droite de l'opérateur, tandis que l'indicateur de la main gauche placé sur l'épiglotte sert de conducteur. Pour la scarification laryngoscopique, M. Mandl a fait construire un instrument qui se compose d'une canule courbe à olive et d'une tige portant une lame à son extrémité ; la partie olivaire est munie de quatre encoches, de manière à loger à volonté dans chacune une même lame pivotante contenue dans l'olive. Lorsqu'on pousse le manche de l'instrument en avant, on fait sortir la lame de l'olive ; en tournant également le manche, on fait exécuter un mouvement de rotation à la lame, de manière à pouvoir scarifier sur plusieurs points. Une rondelle placée près du manche de l'instrument porte à sa face externe quatre points creux correspondant aux encoches de l'olive, en sorte qu'au moyen d'un petit bouton placé sur la tige près du manche, et qui correspond à la partie saillante de la lame, l'opérateur sait toujours, de la manière la plus exacte, le point sur lequel il opère et l'encoche dans laquelle il doit faire rentrer la partie tranchante.

Toutes les fois que le danger n'est pas trop imminent, M. Mandl est d'avis qu'on emploiera avec grand avantage la cautérisation. Elle lui a parfaitement réussi dans un cas d'œdème, suite de laryngite chronique, avec accès de suffocation violents et répétés, difficulté énorme de déglutition, extinction complète de la voix, insomnie, etc. La solution (d'abord une partie de nitrate d'argent cristallisée sur 8 d'eau, plus tard 1 sur 6, puis, 1 sur 4 et sur 2) fut portée à l'intérieur du larynx même, dont toutes les muqueuses étaient énormément infiltrées, et les cordes vocales entièrement couvertes par les replis supérieurs ; au bout de trois ou quatre séances, il y avait soulagement, et disparition complète de l'œdème au bout d'une douzaine de cautérisations.

Il est bien entendu que la laryngite chronique, simple ou spécifique, qui a pu déterminer l'œdème, exige, après la disparition de ce dernier, son traitement particulier. (*Gaz. des hôpit.*, juillet 1862.)

Maladie de Bright (*Traitement de la*). A propos de ce qui a été publié récemment touchant l'action du bain très-chaud contre l'anasarque, suite de néphrite albumineuse, M. le docteur Mignot, médecin de l'hôpital de Chantelle, s'est rappelé deux cas traités par lui avec succès, par une médication, sinon semblable, du moins analogue. Le premier concerne un cultivateur, âgé de trente-huit ans, à constitution molle et lymphatique, malade depuis près de cinq mois, lorsque M. Mignon le vit, en 1815, pour la première fois et œdématié depuis deux mois. L'anasarque était générale ; il toussait beaucoup ; des râles muqueux abondants occupaient la partie postérieure des deux poumons ; de là une oppression considérable ; les urines rares contenaient une très-grande quantité d'albumine, que l'acide nitrique précipitait. M. Mignot engagea le malade à entrer à l'hôpital. Là, après avoir essayé les diurétiques, les purgatifs, et, à l'extérieur, les ventouses et les vésicatoires, il songea

à rétablir les fonctions de la peau, qui était partout froide et pâle, sans tendance à la sueur, presque dépourvue de vitalité; dans ce but, il fit couvrir tout le corps et les membres d'un cataplasme de pommes de terre bouillies et écrasées avec un pilon: Ce cataplasme *général* fut renouvelé trois fois par jour ; il avait l'avantage de conserver parfaitement la chaleur, grâce à la compression soigneusement exercée sur lui avec des lambeaux d'étoffes de laine. On donna, en même temps, des boissons pectorales et quelques juleps pour calmer la toux et une nourriture légère. Au bout d'une semaine, les sueurs se rétablirent, l'enflure commença à diminuer beaucoup plus vite que la quantité d'albumine contenue dans l'urine. Cependant celle-ci se réduisit à son tour, et, après deux mois, enflure, albumine, engouement pulmonaire, tout avait disparu ; la guérison était obtenue. Elle ne s'est pas démentie depuis huit ans, ainsi que M. Mignot s'en est assuré, malgré tous les accidents d'une vie consacrée au travail des champs.

Le même moyen a réussi également entre les mains de notre confrère, chez une jeune personne de dix-neuf ans, qui, à la suite d'un refroidissement par une pluie battante, avait vu survenir une enflure aux extrémités, à l'abdomen et aux paupières, et de plus une ascite, avec albuminurie. Au bout de trois semaines d'usage des cataplasmes généraux de pommes de terre bouillies et de boissons pectorales et légèrement diurétiques, son état s'améliorait, l'enflure commençait à diminuer sur tous les points, le dépôt d'albumine s'affaiblissait; en moins de trois mois, la guérison était complète. (*Uni. médic.*, juin 1862.)

Podophyllum peltatum. *Ses propriétés purgatives.* Parmi les médicaments nouveaux d'origine américaine introduits depuis peu dans la pratique médicale, M. R. Bentley cite le podophyllum peltatum, dont il retrace une histoire assez complète. Cette plante, que ses caractères rapprochent de la famille des renonculacées, croît abondamment dans les bois des Etats-Unis et le long des ruisseaux. La partie employée est la racine, qui est éminemment cathartique, et dont l'action est tout à fait comparable à celle du jalap. Elle paraît agir en excitant les glandes mucipares de l'intestin, et détermine une abondante expulsion de matières liquides. D'après le docteur Eberle, qui l'a fréquemment employé, le podophyllum agit aussi bien que le jalap, et le docteur Burgon le trouve préférable dans les inflammations intestinales avec ténesme et tranchées, qui exigent une prompte évacuation des matières. On l'emploie aussi dans les fièvres intermittentes et bilieuses. Pour atténuer certains de ses effets, on se trouve bien de le mêler avec du calomel ou de la crême de tartre. On l'administre en poudre, à la dose de 10 à 12 grains (0g,65 à 0g,8). Le podophyllum doit ses propriétés à un principe actif, le *podophyllin*, qui, comme le principe des renonculacées, est volatil et se perd par la dessiccation. Hodgon et Lewis, qui l'ont analysé, ont reconnu une grande énergie au podophyllin, et ont remarqué qu'il pouvait déterminer une éruption pustuleuse du nez et des paupières chez les personnes qui le préparent. Le podophyllin est administré à la dose de 2 à 3 grains (0g,13 à 0g,2), et l'extrait de podophyllum, qui est une préparation très-usitée aux Etats-Unis, à celle de 4 à 5 grains. (*Pharmaceut. journ.* et *Gaz. hebdom.*, juin 1862.)

Rhumatisme (*Valeur relative des divers traitements du*). Cette communication comprend l'analyse de tous les cas de rhumatisme aigu qui, depuis cinq ans, ont été traités par diverses méthodes, à l'hôpital Saint-Georges de Londres. Le but de l'auteur, M. Dickinson, a été de rechercher quel genre de traitement prévient le mieux la complication cardiaque, dans cette maladie. Or, sur 8 sujets traités par les saignées, 3 eurent une endocardite ou une péricardite ; sur 24 traités par le calomel et l'opium, 6 offrirent la complication d'inflammation cardiaque. Sur 21 traités spécialement par l'opium (et chez lesquels les bruits du cœur avaient été reconnus normaux avant l'administration de ce remède), il n'y eut pas moins de 14 cas de maladie valvulaire ou péricardique. Sur 7 traités exclusivement par le nitrate de potasse, un seul présenta des symptômes cardiaques. (A cette indication favorable, on peut ajouter celle du docteur Basham, qui déclare, sur 67 cas de rhumatisme traités par le nitre à haute dose, n'avoir observé que six fois la complication cardiaque.) Sur 62, traités par les alcalins (citrate, tartrate, acétate ou carbonate de potasse ou de soude), on a observé, chez 7, des symptômes de maladie du cœur.

La déduction pratique de ces recherches, dit l'auteur, est qu'il est préférable de traiter le rhumatisme en donnant, à courts intervalles, une solution de nitrate, d'acétate, et de bicarbonate de potasse, en quantité telle que le malade prenne, dans les vingt-quatre heures, de 40 à 50 grammes des deux derniers sels. 2 grammes d'acétate, avec 4 ou 6 grammes de bicarbonate, et 50 centigrammes de nitrate de potasse, est la combinaison qui répond le mieux au but proposé. (*Royal med. and chir. soc. of London*, juin 1862.)

VARIÉTÉS.

De la restauration du nez.
Parallèle des procédés autoplastiques et des pièces de prothèse (1).

IV. *Des difformités dues à la destruction partielle des cartilages des narines et de la cloison des fosses nasales.*

Lorsque la perte de substance porte seulement sur les cartilages des narines, les modifications qui en résultent dans la configuration de ces parties sont peu importantes. Si la difformité était tant soit peu considérable, on y remédierait facilement à l'aide des procédés de la rhinoplastie latérale. Ces opérations sont trop connues aujourd'hui pour que nous nous y arrêtions (2).

Il n'en est pas de même lorsque la cloison a été détruite, la pointe du nez s'affaisse et donne alors à la physionomie un aspect des plus disgracieux. Ici plus de tentative d'autoplastie possible et on ne peut recourir qu'à l'essai d'un moyen prothétique. L'examen de ce point de notre étude est des plus intéressant. Si les pertes de substance bornées exclusivement à la cloison des fosses nasales sont rares, il n'en est pas ainsi de la difformité qu'elles déterminent, car on observe cet affaissement du lobule à la suite de presque toutes les opérations de rhinoplastie.

Thomas Pennant, ce voyageur anglais, qui le premier a fait connaître en Europe la méthode indienne pour la restauration du nez, malgré la brièveté des détails qu'il donne sur cette opération, mande d'une façon expresse, que, quand la cloison manquait, on y suppléait par quelque invention ingénieuse. Il est fort à regretter qu'il ne nous ait rien dit des moyens mis en œuvre dans ces cas, ni qu'aucun des chirurgiens anglais qui exercent dans l'Inde, et ont pu étudier les divers procédés employés par les rhinoplastes de cette contrée, n'aient pas comblé cette lacune. Nous ne connaissons qu'un seul essai de restauration de la saillie du lobule du nez à l'aide d'un moyen mécanique ; il est dû à M. le professeur Jules Cloquet.

Obs. *Affaissement du lobule du nez, suite de la destruction de la cloison ; usage d'une plaque de liége ; restitution de la forme de l'organe.* — Un monsieur, âgé d'environ trente-cinq ans, à la suite d'une ancienne vérole mal soignée, vit une portion de la charpente cartilagineuse et toute la cloison médiane de son nez être progressivement détruites par l'ulcération. Lorsque l'affection spé-

(1) Suite, voir la précédente livraison, p. 44.

(2) Nos lecteurs trouveront de précieux enseignements à cet égard dans l'article de M. le professeur Bouisson que nous avons publié (*Bull. de Thérapeutique*, t. XXXII).

cifique fut guérie, il resta une difformité des plus choquantes; les parties molles du nez, n'étant plus soutenues, tombaient verticalement et obstruaient la large ouverture résultant de la fusion des deux narines et de la destruction de la sous-cloison. Ces résultats furent d'autant plus fâcheux que le malade était doué d'une beauté remarquable; aussi n'osant plus rentrer dans le monde, ainsi défiguré, il alla se cacher dans un village de la Corse. Trois ans plus tard, des affaires de famille le ramènent à Paris, et l'un de ses amis le conduit à M. Jules Cloquet. Le sagace chirurgien songea à rendre au nez sa forme normale en créant une cloison artificielle. Pour cela, il fit choix d'une lame de liége bien compact et de couleur rosée, et lui donna la forme et les dimensions de la cloison détruite. Le bord postérieur, un peu épais, fut creusé en gouttière, de façon à prendre un point d'appui solide sur la portion restante de la cloison, tandis que le bord antérieur vint soutenir le dos du nez et lui restituer sa forme ancienne. Le malade portait toute sa barbe, et en traversant le bord inférieur de la plaque de liége avec un certain nombre de crins de la couleur de la barbe, on eut ainsi un moyen très-simple de fixer le petit appareil; il suffit de coller les crins aux poils de la moustache à l'aide d'un peu de cire. Cet artifice réussit si complétement, que cette personne ne songea plus à sa retraite et rentra dans la société, où M. Cloquet eut de fréquentes occasions de le rencontrer pendant sept ou huit ans.

Le résultat de cet essai du sagace professeur ne doit pas être perdu (1), et nous

(1) Ces lignes étaient écrites lorsque nous avons reçu l'observation du malade de M. Nélaton, pour lequel M. Mathieu a également fabriqué une plaque en gutta-percha destinée à prévenir (fig. 17) l'affaissement du nez reconstitué. M. Legouest nous a appris depuis qu'il avait tenté l'usage du même moyen dans un cas de rhinoplastie pratiqué à un militaire qui s'était tiré un coup de feu dans la bouche. Ici le problème mécanique était plus complexe, car la voûte palatine était détruite, et M. Charrière a dû construire une plaque de gutta-percha supportée par un obturateur en métal. D'autres tentatives nous seront sans doute signalées et nous fourniront l'occasion de revenir sur ce point intéressant de prothèse.



Fig. 17.

conseillons aux chirurgiens qui feront désormais une application de la rhinoplastie latérale, d'avoir recours à l'emploi du même moyen pour prévenir le retrait du lobule du nouveau nez. L'innocuité complète de la tentative y convie ; seulement, au lieu de fixer la pièce de liége à l'aide de crins, ainsi qu'a pu le faire M. Cloquet, nous préférerions voir ajouter, à l'extrémité antérieure de la plaque, deux cercles elliptiques en métal qui prendraient leur point d'appui à la face interne des narines. Les effets de ces ressorts auraient encore pour résultat de s'opposer au rétrécissement des narines. Si l'emploi de ce moyen prothétique était couronné de succès, la rhinoplastie latérale, c'est-à-dire par la méthode française, remplacerait avec un grand avantage la méthode indienne.

Le corps médical de Lyon vient de procéder à l'inauguration de la statue du professeur Bonnet, qui est érigée dans la cour principale du grand Hôtel-Dieu de cette ville. La présence à cette solennité des plus hautes notabilités administratives et judiciaires, celle des administrateurs de l'hôpital, ainsi que la venue de M. le professeur Nélaton et de M. Marjolin, délégués de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie prouvent combien cet hommage rendu au savant chirurgien lyonnais était mérité.

M. Adelon, professeur honoraire à la Faculté de médecine, vient de succomber à un âge avancé. Avec ce digne médecin disparaît un modèle de dignité scientifique et professionnelle, un esprit ferme dans le vrai, un cœur tenace dans le juste et le bon.

L'Académie royale de médecine de Belgique vient de nommer membre titulaire dans la section d'anatomie et de chirurgie M. J. Crocq, professeur à l'Université de Bruxelles.

M. Erhmann, médecin du corps expéditionnaire au Mexique, est nommé médecin principal de deuxième classe.

M. Labé, l'ancien libraire de la Faculté de médecine, qui a tenu pendant si longtemps et avec tant de probité une des premières librairies médicales de Paris, vient de mourir à l'âge de soixante-six ans.

Le concours pour l'internat de l'hôpital de Strasbourg s'est terminé par la nomination de MM. Wendling, Chauvel et Bernheim.

Le doyen des médecins de Bruxelles, le docteur Lodewyck, vient de mourir dans cette capitale, à l'âge de quatre-vingt-un an.

Parmi les lauréats de l'Exposition universelle de Londres, nous devons citer tout particulièrement MM. Charrière, Luër, Mathieu, Méricaut (instruments de chirurgie humaine et vétérinaire) ; Béchard (bandages et jambes artificielles) ; Galante (instruments de chirurgie et appareils chirurgicaux en caoutchouc vulcanisé) ; Grandcollot (pessaire articulé) ; Lebelleguic (appareils orthopédiques) ; Wickam frères (bandages) ; Auzoux et Lami (anatomie clastique et modèle d'anatomie musculaire de l'homme) ; Duchenne (de Boulogne) (photographies représentant les différents modes d'expression de la physionomie sous l'action de l'électricité) ; Nacket et fils (instruments d'optique pour l'anatomie) ; Sales-Girons (appareil à pulvériser les eaux médicamenteuses) ; Marey (sphymographe et hémo-manomètre) ; Préterre (prothèse dentaire).

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De la maladie de Graves, ou goître exophthalmique, et de son traitement.

Par M. le docteur L. Gros, membre de la Société de médecine et de la Société médicale des hôpitaux, etc.

Depuis que M. Charcot relatait à la Société de biologie, en 1856, le premier fait de cachexie exophthalmique observé en France, et profitait de cette occasion pour faire connaître les principaux travaux publiés sur ce sujet par des auteurs anglais et allemands ; un grand nombre de faits sont venus démontrer que l'affection n'était pas plus rare en France qu'ailleurs, et qu'il suffit que l'attention des observateurs soit éveillée sur un sujet quelconque pour qu'aussitôt les faits analogues se multiplient avec une incroyable rapidité.

En 1857, je citai moi-même, avec quelques détails à la Société, de biologie un cas de cachexie exophthalmique ; puis MM. Marcé, Hervieux, Fischer en relatèrent de nouveaux ou tentèrent, en résumant des faits anciens, de constituer la pathogénie de cette curieuse affection.

En 1860, Aran, de regrettable mémoire, présentait à l'Académie, sur ce sujet, à l'occasion d'un fait observé par lui, un travail dans lequel il insistait surtout sur la nature de l'affection et sur son traitement.

C'est cette observation qui nous a valu le remarquable rapport que M. Trousseau vient de lire à l'Académie de médecine dans la séance du 15 juillet, et la discussion, non encore terminée, qui ne pourra manquer de jeter un certain jour sur des questions encore litigieuses. Qu'il me soit permis à moi, simple pionnier dans le vaste champ de la science, d'apporter ma petite pierre à l'édifice, et de faire connaître ce que l'observation de trois cas bien constatés, bien observés, suivis pendant plusieurs années, m'a appris touchant la nature et surtout le traitement du goître exophthalmique.

Je dis *surtout le traitement*, car, d'une part, je n'oublie pas que j'écris dans un journal essentiellement *pratique*, et d'autre part, je suis de ceux qui croient que le but final de notre art est de *guérir*, et qu'un progrès en thérapeutique vaut bien la découverte d'une nouvelle fibre ou d'une nouvelle cellule.

Rien de plus varié que les noms dont on a, depuis dix ans, dé-

coré la maladie qui nous occupe. Cachexie exophthalmique, procidence anémique des globes oculaires, maladie de Basedow, goître exophthalmique, exophthalmie anémique, maladie de Graves; toutes ces dénominations désignent un même ensemble de phénomènes, qui pour les uns constituent une entité morbide, pour les autres ne sont que des symptômes indépendants les uns des autres, et se rattachant tantôt à une affection, tantôt à une autre. Le nom, dit-on, ne fait rien à la chose; cependant il me paraît préférable de ne pas donner un nom significatif à une maladie encore si peu connue, et je serais assez de l'avis de M. Trousseau, de l'appeler x. Comme cependant cette même désignation pourrait fort bien s'appliquer à plus d'une de nos maladies, je me range à la dénomination de *maladie de Graves*, puisqu'il paraît aujourd'hui démontré que l'illustre professeur de Dublin l'a le premier bien décrite.

Mon intention n'est pas de faire ici une monographie complète de l'affection, mais je crois utile de décrire les traits principaux qui la caractérisent.

Le symptôme qui, en général, attire le premier l'attention du malade ou de ses proches, est une saillie plus ou moins prononcée des globes oculaires qui deviennent extraordinairement brillants. Ce phénomène se produit lentement, graduellement; même lorsqu'il a pris un développement considérable et que les yeux paraissent chassés hors de leur orbite, il ne s'accompagne en général d'aucun trouble de la vision, la pupille reste mobile. La physionomie en est au contraire modifiée, et prend une expression d'égarement toute particulière.

Bientôt vient se joindre à ce premier symptôme un développement plus ou moins considérable du cou, par le fait d'un accroissement de la glande thyroïde, d'un goître. C'est ordinairement le lobe droit de la thyroïde qui acquiert le plus grand volume. Ce goître peut aller jusqu'à gêner considérablement la respiration, et dans un des faits que j'ai observés, cette dyspnée n'était nullement rapportée par le malade à sa véritable cause. De même que l'exophthalmie, le goître est sujet à des variations de volume plus ou moins marquées. Le plus souvent les deux symptômes augmentent en même temps, en général sous l'influence d'une émotion vive, d'une fatigue, d'une circulation suractivée, pour diminuer de nouveau graduellement et simultanément.

Enfin, le système circulatoire présente à son tour des symptômes qui font rarement défaut et qui consistent en une accélération toute spéciale de la circulation, avec palpitations qui, tantôt bornées à la

région cardiaque, se font quelquefois sentir sur tous les points de l'arbre circulatoire, et en particulier dans la tumeur thyroïdienne. Ces palpitations retentissent souvent dans le dos, dans la nuque et peuvent provoquer des accès de suffocation pénibles. L'auscultation du cœur fait entendre un souffle systolique, qui tantôt n'existe qu'au premier temps, tantôt couvre le second, souffle qui s'étend dans les vaisseaux du cou, et y est même plus intense que dans le cœur. Mes observations me permettent d'affirmer que ces symptômes cardiaques ne dépendent nullement, au début du moins, d'une lésion organique persistante du cœur ; ils me paraissent se rapprocher bien plus de ceux qu'on observe souvent dans l'hystérie ou dans l'anémie.

A côté de ces symptômes dominants, de ce que M. Trousseau a nommé la *triade* symptomatique de la maladie de Basedow, il en est d'autres non moins importants, qui ne doivent pas être passés sous silence, et qui paraissent plaider en faveur d'une cause générale, obscure assurément, que nous chercherons à spécifier.

Nous placerons en première ligne des accidents franchement nerveux, je dirai même psychiques, et qui consistent en une perversion du caractère. Les malades deviennent inquiets, colères ; le moindre retard, la moindre contradiction les excitent ; leur humeur s'altère, et ces bizarreries de caractère vont quelquefois jusqu'à l'hypocondrie. Nous avons aussi noté l'insomnie dans deux cas.

Bientôt les fonctions digestives s'altèrent à leur tour ; on voit survenir des diarrhées, des vomissements, mais surtout une exagération de la faim, qui constitue une véritable boulimie et frappe d'autant plus qu'à cette période de la maladie les malades maigrissent souvent d'une manière extraordinaire. Cet amaigrissement est, à mon avis, un trait important de l'affection et s'observe, comme nous le verrons bientôt, tout aussi bien chez les malades qui n'ont pas pris d'iode que chez ceux qui ont fait usage de ce médicament.

Il n'est pas rare non plus de voir survenir une toux opiniâtre, fatigante, saccadée, revenant par quintes et pouvant s'accompagner d'une oppression considérable, d'une véritable orthopnée.

Chez la femme, les fonctions utérines sont ordinairement troublées, mais ces troubles ont en général précédé l'apparition des autres symptômes. Si l'aménorrhée a été souvent notée, il est cependant des cas où les premiers accidents ont consisté en de véritables ménorrhagies, ayant laissé après elles un état profondément anémique.

On a encore signalé d'autres hémorrhagies, telles que des hé-

morrhagies méningées (Hirsch), des hémoptysies ou des entérorrhagies.

Voilà, aussi brièvement que possible, les symptômes nombreux, bizarres, inexplicables pour plusieurs, qui, se trouvant réunis plus ou moins au complet chez un certain nombre de malades, ont dû naturellement éveiller l'attention des observateurs.

La marche de la maladie est en général lente, progressive, et, chose remarquable, sujette à des paroxysmes qui obligent quelquefois de recourir à l'emploi de moyens chirurgicaux. C'est ainsi que la gêne de la respiration peut quelquefois nécessiter la trachéotomie.

M. Trousseau a observé une forme aiguë rapide, qui paraît constituer l'exception.

Je ne quitterai pas ce qui a rapport à la marche de la maladie sans indiquer brièvement que l'ordre d'invasion des principaux symptômes n'a rien de fixe. Cependant on peut, je crois, établir comme règle générale, que plus ou moins longtemps avant que le goître ou que l'exophthalmie ait attiré l'attention, les malades accusaient déjà des troubles de la circulation, des palpitations ; que chez eux déjà la circulation présentait une accélération inaccoutumée. Le plus souvent ces symptômes avaient été précédés de pertes sanguines, de diarrhées, de troubles gastriques, d'accidents nerveux, puis seulement les yeux devenaient saillants, et le goître apparaissait. Dans tous ces cas, ou presque tous, il y avait état anémique ou chlorotique plus ou moins marqué.

Si maintenant nous cherchons à établir à quelle classe de maladies doit être rapporté l'ensemble symptomatique que nous venons de décrire, nous nous trouvons, nous devons le dire, dans un assez grand embarras.

Les auteurs qui nous ont précédé ne sont en effet nullement d'accord sur ce point. Les uns nient entièrement que ces symptômes constituent une entité morbide et les considèrent comme la conséquence, tantôt de l'anémie, tantôt de l'albuminurie, tantôt d'une lésion organique du cœur. Ceux qui y ont vu une maladie nouvelle ayant droit à prendre rang dans le cadre nosologique, l'avaient, comme l'indiquent les noms qu'ils lui ont donnés, rangée dans les cachexies (cachexie exophthalmique, exophthalmos cachectique), à cause du profond état de débilitation et d'amaigrissement dans lequel tombent les malades qui en sont atteints. De nos jours, grâce sans doute à un traitement plus rationnel, des faits nombreux de guérison ont amené à considérer l'affection comme

étant sous la dépendance directe du système nerveux. Dirons-nous pour cela que l'anémie n'en est qu'un épiphénomène, qu'elle n'est que consécutive? nous ne le pensons pas. Ne sait-on pas que le sang est le modérateur des nerfs, et ne voyons-nous pas tous les jours des phénomènes essentiellement nerveux succéder à des causes puissantes de débilitation. Si l'hystérie peut engendrer la chlorose, n'est-il pas plus fréquent de voir la chlorose engendrer l'hystérie.

Nous pensons donc que la maladie de Graves existe comme entité morbide. Les faits nombreux, bien étudiés, que possède aujourd'hui la science ne peuvent, je crois, laisser aucun doute dans l'esprit à cet égard. Elle est une affection nerveuse, une névrose, qui, neuf fois sur dix, reconnaît pour point de départ *l'anémie* ou la *chlorose*. C'est par l'intermédiaire de l'appareil vaso-moteur que se produisent les paroxysmes singuliers qui s'observent dans le système circulatoire, je le veux bien; mais le point de départ de la perturbation nerveuse n'en est pas moins dans l'état ou dans la quantité du sang. Que si on m'oppose les phénomènes congestifs qu'on observe, je répondrai que rien n'est plus fréquent que les congestions chez les anémiques, et que loin d'infirmer ma manière de voir, cette considération la confirme, au contraire. L'appétit exagéré ne prouve pas davantage, car ce n'est pas la quantité des aliments qui nourrit, et dans la maladie de Graves cette augmentation de l'appétit coïncide toujours avec un amaigrissement excessif, preuve palpable du défaut de nutrition.

Je serai bref en ce qui concerne le diagnostie de l'affection qui m'occupe. Cependant il est un point du diagnostic différentiel qu'il me paraît urgent de traiter, puisqu'il a donné lieu à une discussion intéressante au sein de l'Académie de médecine; et je dois avouer que j'ai été étonné d'entendre M. Trousseau, dans ses belles leçons à l'Hôtel-Dieu, dire « qu'aucune maladie ne peut être confondue « avec le goître exophthalmique. » Et *l'iodisme constitutionnel*, qu'en faites-vous? N'avez-vous pas vous-même déclaré que M. Rilliet avait pris pour de l'iodisme ce qui n'était, à vos yeux, que du goître exophthalmique. Or, l'iodisme existe, on ne peut le nier, alors même qu'on pourrait peut-être, dans certains cas, l'expliquer autrement que ne l'a fait M. Rilliet; donc on peut le confondre avec le goître exophthalmique, et c'est à les différencier que nous allons nous appliquer un moment.

La confusion, il est vrai, ne peut avoir lieu que lorsque les deux conditions suivantes existent réunies : 1° que le goître exophthalmique soit

encore *au début*, ou assez près du début, pour qu'il n'ait pas encore son caractère le plus tranché, l'exophthalmie, et 2° qu'on ait administré *l'iode*. Alors, nous l'avons dit, il n'existe que des symptômes vagues, peu prononcés du côté de la circulation et du système nerveux. Ce sont des palpitations, les yeux sont brillants, le caractère est devenu irascible, il y a de l'insomnie et un commencement de goître, pour lequel on a administré l'iode à doses fractionnées, puisqu'il est prouvé, par la longue expérience des médecins genevois, que c'est à petites doses qu'il agit le mieux. Sous l'influence de ces doses minimes d'iode, vous voyez le goître disparaître en quelques semaines. Bien des mois après, vous revoyez votre malade : il a alors le pouls à 120, les yeux à fleur de tête ou même au delà, il a maigri d'une manière effroyable. Est-ce là de l'iodisme? Non, mille fois non, c'est l'évolution de l'affection qu'il portait alors que vous lui avez administré l'iode; c'est la maladie de Graves. Les accidents seraient survenus, et bien des faits le prouvent, alors même que le malade n'aurait pas absorbé un atome d'iode. Mais parmi les observations que contient le mémoire de Rilliet et que j'ai lues avec intérêt, il en est plusieurs qui, très-certainement, n'ont rien de commun avec la maladie de Graves. Dans ce cas, l'ordre d'apparition de ceux des symptômes qui se rapprochent du goître exophthalmique est inversé. Ce sont, en général, les symptômes d'irritation des muqueuses qui ouvrent la scène et qui persistent bien longtemps avant qu'on voie survenir l'amaigrissement, les symptômes névropathiques et *enfin* l'accélération du pouls et les palpitations.

De plus, signe *très-important* à mes yeux, ces symptômes apparaissent *pendant* l'administration de l'iode et disparaissent rapidement dès que l'économie ne reçoit plus d'iode, tandis que dans le goître exophthalmique on voit s'écouler souvent un temps considérable depuis la cessation de la médication iodée avant que ne surviennent de nouveaux symptômes.

C'est ici le lieu de placer l'observation d'un malade que je traite depuis plusieurs années et pour lequel j'ai, à plusieurs reprises, demandé les conseils de mon excellent maître, M. Trousseau. Chose remarquable, ce fait est pour M. Trousseau comme pour moi un très-beau cas de goître exophthalmique. Eh bien, aux yeux du monde, de l'entourage de mon malade, tous les accidents survenus depuis deux ans sont les suites des 30 centigrammes d'iodure de potassium qu'il a absorbés en deux mois. Et je ne parviens plus à faire accepter ce médicament à d'autres membres de la famille!

Voici ce fait :

M. X***, âgé d'une quarantaine d'années, de bonne et robuste constitution, habitant Paris, a toujours joui d'une excellente santé. Le 20 avril 1859 il vient me consulter, se plaignant d'une toux opiniâtre, fatigante, revenant par quintes, principalement au moment du coucher et pendant la nuit, et s'accompagnant d'une oppression telle, qu'il est presque chaque nuit contraint de se lever et d'ouvrir sa fenêtre. Cet état, que M. X*** qualifiait du nom de *grippe*, dure déjà depuis plusieurs semaines.

Je fus frappé de l'expression singulière des yeux de M. X***, et trouvai que les globes oculaires étaient plus saillants que d'ordinaire. Le pouls est vif, accéléré. L'auscultation de la poitrine ne me fournit, d'ailleurs, aucun signe morbide, l'état général est excellent, l'embonpoint normal, l'appétit prononcé. Je priai M. X*** d'enlever sa cravate et constatai une déformation énorme du cou : la saillie formée par le larynx, *vulgo* la *pomme d'Adam*, était fortement déviée à droite et en haut, et maintenue dans cette position par une tumeur dure, inégale, siégeant au-dessus du bord supérieur du sternum et s'enfonçant derrière cet os; le cou était volumineux à sa partie inférieure, principalement à droite, et les muscles sterno-cléido-mastoïdiens repoussés en avant par le développement de la glande thyroïde.

Saillie des globes oculaires, tuméfaction de la glande thyroïde, accélération de la circulation, voilà bien l'ensemble des symptômes constituant la cachexie exophthalmique. Je jugeai qu'en présence des symptômes graves occasionnés par le goître, l'important, pour le moment, était de diminuer le volume de la glande thyroïde, et je prescrivis à M. X*** l'iodure de potassium, *intus et extra; intus*, au moyen des pilules suivantes, fréquemment employées à Genève, savoir : chaque soir, une pilule contenant 5 *milligrammes d'iodure de potassium ; extra*, en faisant porter constamment autour du cou un sachet de soie contenant environ 50 grammes de la poudre suivante :

Eponge torréfiée	100 grammes.
Iodure de potassium	10 grammes.
Poudre de gayac	200 grammes.

Réduisez en poudre fine et tamisez exactement.

Dès la seconde semaine de ce traitement, les troubles de la respiration avaient cessé; au bout de deux mois le goitre avait complétement disparu; il ne restait plus qu'un peu de gonflement de la partie latérale droite du cou. Je cessai à ce moment tout traitement.

Pendant les mois de juillet et d'août, M. X***, qui avait conservé son embonpoint, et dont l'appétit avait plutôt augmenté que diminué, fit un séjour en Alsace et en Suisse ; à son retour, je constatai le parfait état de sa santé.

En décembre suivant, après être resté plusieurs semaines sans revoir M. X***, je le rencontrai dans la rue et fus alarmé de l'amaigrissement survenu chez lui ; il n'était plus que l'ombre de lui-même. Il me dit cependant que sa santé était toujours bonne, mais qu'outre un appétit de plus en plus prononcé, il ressentait parfois des faims canines, qu'il était forcé de satisfaire à l'instant, sous peine de tomber dans un état de demi-syncope. Le goître n'a pas reparu, la circulation reste calme, les yeux ne sont pas plus saillants qu'au printemps. Le lendemain j'examinai le thorax, je fis analyser les urines, je ne constatai aucun autre symptôme morbide.

Cet état dura jusqu'au 28 mars 1860 ; ce jour, M. X*** vint me demander s'il devait reprendre son traitement, son goître lui paraissant augmenter de nouveau. Je constatai, en effet, que la glande thyroïde faisait une saillie assez prononcée au-dessus du bord libre du sternum ; le pouls est de nouveau précipité. Du reste, la santé se maintient bonne, il n'existe ni essoufflement, ni oppression, ni affaiblissement ; j'ai donc fait reprendre les pilules iodurées, avec l'intention de commencer, dès que la saison rigoureuse serait passée, l'hydrothérapie qui, dans un cas analogue, m'avait rendu des services inespérés. (Voir *Gaz. méd. de Paris,* 1857.)

Cette seconde administration de l'iode ne fut suivie d'aucun accident. M. X*** ne prit en tout que cinquante pilules, soit *vingt-cinq centigrammes* d'iodure de potassium en *cinquante jours*. Le goître ayant presque entièrement disparu, je cessai derechef toute médication ; pendant l'été de 1860 M. X*** prit un grand nombre de bains froids, passa plusieurs mois à la campagne et n'accusa aucun malaise.

Le 5 janvier 1861, M. X*** se plaint de nouveau de désordres variés, entre autres d'une sécheresse extrême de la bouche, d'un manque absolu de salive, d'une irritabilité nerveuse excessive, de boulimie, de défaillances dès que son repas se trouve retardé de quelques minutes seulement. Son sommeil est agité ; il n'existe néanmoins ni oppression, ni anhélation. La maigreur a acquis les dernières limites du possible ; le pouls bat habituellement de 130 à 140 par minute. Le goître est peu prononcé, l'exophthalmie moindre qu'il y a un an.

Reconnaissant que le traitement iodé, tout en l'ayant diminué

manifestement le goître à deux reprises, n'avait nullement amélioré l'état général, et rencontrant dans mon malade une grande répulsion pour le traitement hydrothérapique que je lui conseillais de commencer immédiatement, je demandai l'avis et l'appui de mon excellent maître et ami M. Trousseau. Nous constatâmes ensemble les symptômes déjà mentionnés ; nous constatâmes également l'absence de souffle dans la thyroïde, et la rapidité effrayante des battements du cœur. Le traitement institué consista en une douche froide de trois minutes de durée tous les jours, et dans l'usage journalier d'une infusion de 30 centigrammes de digitale dans un litre d'eau.

Au bout de peu de jours le pouls était descendu à 100, puis à 90. L'état nerveux était considérablement amendé ; je baissai la dose de la digitale à 25, puis à 20 centigrammes. Le 5 mars, le pouls ne battait plus que 76 ; le 29, les pulsations étaient descendues à 70. La digitale fut alors complétement supprimée et, pendant tout le cours de l'été, elle ne fut plus reprise que pendant une huitaine de jours chaque mois. L'hydrothérapie fut continuée sans un jour d'interruption, du 21 janvier au 10 novembre. L'état général s'améliora rapidement ; en août déjà l'embonpoint avait reparu, et, sauf un léger exophthalmos et une saillie très-peu marquée de la glande thyroïde du côté droit du cou, la guérison pouvait être considérée comme radicale.

Le 15 décembre cependant, sans aucune cause appréciable, le goître prit rapidement un volume considérable, et le 17 déjà survenait de l'oppression pendant la marche, une gêne très-prononcée dans la respiration, une raucité remarquable de la voix, de la toux ; le pouls battait de nouveau 109 à la minute, le sommeil était agité et pénible. Après avoir, de nouveau, pris l'avis de M. Trousseau, nous faisons reprendre la digitale d'une manière continue et faisons appliquer sur le cou des compresses froides d'alcool saturé de tannin.

Le 15 janvier, le pouls avait repris un rhythme normal, mais il n'y avait encore aucun changement dans l'état de la glande thyroïde. En mars M. X*** cessa l'emploi de la digitale, continua ses compresses au tannin et reprit l'hydrothérapie qu'il continua jusqu'en juillet dernier. J'aurais voulu reprendre l'usage de l'iodure de potassium, mais M. Trousseau, consulté, m'en détourna.

Aujourd'hui 6 août l'état est le suivant : exophthalmie peu marquée, goître aussi volumineux qu'en janvier, oppression nulle, voix normale, pouls à 80, état général excellent, appétit et fonctions digestives normales, embonpoint modéré. On le voit, de tous les symptômes, le goître, qui avait cédé avec une merveilleuse rapidité

dents que dans les cas où l'iode avait eu pour résultat de faire disparaître *rapidement*, en quelques jours, un goître ; tandis qu'il a observé les mêmes accidents chez des individus n'ayant jamais pris un atome d'iode à l'intérieur, et dont le goître avait disparu sous l'influence d'un séton, par exemple.

Si nous rapprochons de ces faits les accidents survenus, en dehors du traumatisme, après l'extirpation ou la ponction des goïtres cystiques, si enfin nous reconnaissons que les fonctions de la glande thyroïde nous sont à peu près complétement inconnues, ne pouvons-nous pas, sans être taxés de *niais*, admettre que la disparition prompte d'un goître, c'est-à-dire de la glande thyroïde, peut entraîner des accidents. C'est ainsi, pensons-nous, qu'on peut expliquer une partie des faits que Rilliet a rattachés à l'iodisme constitutionnel. Nous ne voyons pas pourquoi la disparition de la thyroïde ne saurait amener des accidents, alors que nous voyons des organes réputés jusqu'ici encore moins importants être la cause de maladies très-graves, les capsules surrénales, par exemple.

Malgré ces accidents possibles, nous n'hésitons pas à donner l'iode, alors que le goître nous paraît réclamer un traitement spécial et direct. Nous le donnons *intus* et *extra*. *Intus*, d'après la formule usitée à Genève : l'iodure de potassium à la dose de 5 *milligrammes* par jour. Un mois de traitement, c'est-à-dire 15 centigrammes d'iodure suffisent pour faire disparaître un goître volumineux. Extérieurement, nous employons les sachets iodés, dont la formule est reproduite dans mon observation. Cette formule appartient à mon maître M. Trousseau, et m'a fourni d'excellents résultats, bien supérieurs à ceux que donnent les pommades iodurées.

Je ne rejette pas pour cela les autres moyens, et en particulier la glace sur le cou, voire même la saignée ; mais ces moyens ne sont indiqués que dans les paroxysmes ou alors que le danger d'asphyxie est imminent. Ils deviendront d'un usage moins fréquent quand on aura reconnu que les craintes qu'inspire l'iode dans la maladie de Graves sont le plus souvent chimériques, et ne doivent pas empêcher le praticien de s'en servir en en surveillant l'emploi.

J'ai fini, car je crois inutile de reproduire ici l'observation que j'ai lue à la Société de biologie, et qui se trouve tant dans les mémoires de cette Société que dans la *Gazette médicale* de Paris (1857). Quant au troisième fait dont j'ai parlé, j'attends que la *guérison* soit encore plus complète pour en faire l'objet d'une communication nouvelle.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Règles pratiques de l'administration du chloroforme (¹).

Par M. le docteur Herrgott, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Aer pabulum vitæ.

Règles pour l'administration du chloroforme. Quelles sont les dispositions à prendre quand on veut chloroformer un malade ?

La chambre où l'on veut opérer et chloroformer le malade doit être spacieuse, bien éclairée et pouvant donner un accès facile et large à l'air, qui souvent a besoin d'être renouvelé. Le malade doit être à jeun si l'opération se fait le matin ; si elle se fait dans la journée, le moment de celle-ci doit être assez éloigné du dernier repas pour qu'on puisse présumer que les aliments ont subi la digestion stomacale et que la pâte chymeuse a déjà quitté la cavité ventriculaire.

Il est nécessaire de rassurer le moral du malade aussi bien sur les suites de l'opération que sur celles du chloroforme. Le bruit des insuccès, ou plutôt des malheurs qui sont arrivés à la suite de l'administration du chloroforme sont souvent parfaitement connus des malades et ils en sont plus ou moins impressionnés ; ils ont donc besoin d'être rassurés. Quelquefois, ils se présentent avec ce faux courage, cette jactance sous laquelle s'abrite une profonde terreur. C'est au chirurgien à saisir ces nuances et à y appliquer le remède moral le plus convenable ; une longue pratique met à sa disposition des moyens sûrs et variés. Il est le plus souvent nécessaire, quand on a affaire à des malades intelligents, de leur expliquer les principaux effets primitifs du chloroforme, afin que, quand ils les éprouvent, ils n'en soient ni surpris ni troublés. Cette préparation morale à la chloroformisation est presque toujours le préliminaire nécessaire de l'opération, il y apporte une grande simplification. Une précaution importante consiste à choisir le moment où l'estomac est à l'état de vacuité, soit en disposant les choses de manière à chloroformer le malade à jeun, ou bien à s'éloigner assez du dernier repas pour être sûr que l'estomac a déjà évacué le produit de la digestion.

Il est indispensable de mettre le malade dans la position horizontale, la tête légèrement élevée.

L'avantage de cette position est si grand, qu'il n'est personne qui

---

(¹) Suite, voir la livraison précédente, p. 55.

ne la recommande par un grand nombre de motifs très-fondés, que nous croyons superflu d'énumérer ; nous ne pourrions que répéter tout ce qui a été dit avec raison à cet égard. Nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire ou avantageux de placer les malades sur un plan incliné où la tête occupe la partie déclive, ainsi que nous avons vu que cela se pratique dans quelques services chirurgicaux ; l'inconvénient de cette situation, qui produit une véritable congestion cérébrale, n'est racheté par aucun avantage, attendu que le siége des accidents est ailleurs que là où il est supposé par ceux qui ont adopté cette attitude.

Le malade doit être débarrassé de tous les liens qui, exerçant une constriction quelconque autour du cou, de la poitrine et de la taille, seraient de nature à gêner le retour du sang vers la poitrine et la liberté des mouvements inspiratoires, tant de la cage thoracique que du diaphragme. Il est même nécessaire que la poitrine et l'abdomen puissent être facilement découverts. Quand on opère sur des femmes, ces précautions peuvent facilement être prises sans que leur pudeur soit offensée ; quand on doit opérer sur les parties sexuelles chez les femmes, et que l'assistance doit être nombreuse, ainsi que cela arrive quelquefois, notamment dans les cliniques obstétricales, il y a quelquefois avantage à ne laisser pénétrer l'assistance dans la salle d'opération que quand la malade est endormie. Cette précaution est souvent nécessaire aussi en ville ; jusque-là, la malade reste seule avec l'aide chargé de la chloroformisation et le chirurgien, qui suffit dans la plupart des cas pour maintenir la malade dans ses mouvements, pendant la période d'excitation.

Quand on a affaire à des sujets vigoureux, habitués aux boissons alcooliques, il est bon que plusieurs aides se tiennent à proximité de la table à opération pour être prêts à maintenir le malade si besoin en était. On aura soin de tenir éloignés de la table les instruments tranchants ou autres, contre lesquels le malade pourrait se blesser pendant la période d'excitation ; les mains des aides ne doivent rien tenir dans ces moments, pour être prêtes à maintenir le malade avec toute la vigueur nécessaire. Il est plus important qu'on ne le croit de ne pas opérer le maintien préventif du malade ; toute idée de contrainte devient pour lui un sujet d'inquiétude et de trouble, qui prend de graves proportions au moment où l'intelligence commence à se troubler ; il est important d'éviter ce contre-temps. Il est utile aussi de se prémunir de deux instruments dont l'emploi peut devenir nécessaire : une spatule en acier pour ouvrir la bouche et desserrer les dents, en cas de spasme prolongé des élévateurs de la

mâchoire inférieure et de la glotte ; 2° un anneau métallique recouvrant la première phalange du médius, afin de la préserver de l'action des dents qui peuvent gravement endommager la phalange. Dans les cas où le spasme de la mâchoire est énergique et prolongé, il est nécessaire, ainsi que nous le verrons plus loin, de maintenir le doigt dans la bouche pour soulever la langue, ou plutôt pour en ramener la base en avant. Le doigt de l'aide chargé de la chloroformisation ayant été mordu gravement par plusieurs malades chez lesquels il avait été urgent de tenir ainsi la langue éloignée de la paroi postérieure du pharynx, cet aide a eu l'idée d'en protéger la première phalange au moyen d'un anneau en maillechort, qui le recouvre comme d'une cuirasse. La longueur et la largeur de cet anneau doivent être proportionnées à l'étendue de la phalange du doigt sur lequel il doit être appliqué.

Quel est le mode d'administration du chloroforme qu'il faut préférer ?

Deux modes d'administration se disputent la faveur des chirurgiens, celui par le mouchoir ou la compresse pliés en rosette, et celui par l'appareil si ingénieux de M. Charrière. Nous ne nous occuperons que de ceux-ci, les autres étant à peu près abandonnés [1].

M. Robert a dit, et en ceci nous partageons pleinement son avis :

« 1° Il faut que la respiration soit toujours libre et se fasse le plus largement possible, c'est-à-dire qu'il faut utiliser le nez et la bouche pour le passage de l'air ;

« 2° Il faut que l'on puisse graduer à volonté la concentration des vapeurs chloroformiques ;

« 3° Il faut renouveler constamment l'air dans l'appareil, afin d'éviter autant que possible toutes les chances d'accidents. »

Nous tenons pour très-bons ces préceptes ; ils vont nous servir à établir contre M. Robert la supériorité du mode d'administration du chloroforme par le mouchoir, ou plutôt par la compresse sur celui par l'appareil. Disons d'abord comment nous disposons la compresse.

Elle doit avoir une longueur de 60 centimètres et une largeur de 10 centimètres, le linge étant plié en deux, suivant sa largeur. La compresse mesure, en réalité, 20 centimètres de largeur ; tenue par

---

[1] Je ne comprends pas que *sérieusement* on ait pu présenter à l'Académie un mode d'administration du chloroforme consistant à introduire cet agent par une narine, l'air par l'autre. Nous ne perdrons pas notre temps à réfuter une semblable proposition.

la main gauche, elle est roulée lâchement autour de celle-ci, de manière à ce qu'elle fasse un peu plus de deux tours, afin que le chef initial intérieur et le chef terminal extérieur puissent être fixés par la même épingle. Ceci terminé, la main droite prend le bord libre de la compresse entre les doigts, de manière à le froncer et le réunir en un bourrelet ; il en résulte une rosette, dont le diamètre supérieur mesure environ 10 centimètres, et qui a environ 5 centimètres de profondeur, dont le fond, tenu par les doigts, est en raison des plis qui le constituent parfaitement apte à s'imbiber et à constituer un réservoir de chloroforme, et dont les bords rigides, susceptibles de recevoir des formes diverses, servent de pavillon d'évaporation destiné à donner une direction déterminée aux vapeurs.

La vue de cette compresse n'a rien d'effrayant pour le malade, ce qui n'existe pas pour l'appareil, qui l'impressionne toujours plus ou moins; elle permet au chirurgien qui administre le chloroforme de suivre avec facilité et exactitude les mouvements du malade dans la période d'excitation, ce qui est souvent difficile et embarrassant avec l'appareil ; elle permet mieux qu'avec l'appareil d'assurer la liberté de la respiration, et, ce qui est plus important encore, de la surveiller avec la plus grande attention, ce qui n'existe pas au même degré pour l'appareil ; elle n'impose au malade aucune contrainte, ce qui est plus essentiel qu'on ne pense. Elle permet de graduer à volonté, comme avec l'appareil, la concentration des vapeurs chloroformiques, mais plus simplement et plus facilement qu'avec l'anneau de l'appareil Charrière, et cela par le simple rapprochement ou l'éloignement de la compresse des voies respiratoires, par l'imprégnation plus ou moins grande des plis de la rosette par le liquide anesthésique. L'air ne se renouvelle-t-il pas dans l'emploi de la compresse avec la plus grande facilité ? Bien plus, et ceci est l'avantage exclusif de la compresse, l'air inspiré par les malades n'est point obligé de passer par des tuyaux, par des trous, ce qui exige un certain effort, si petit qu'il soit, qui gêne toujours la pleine et entière liberté de la respiration. Enfin, la surveillance la plus exacte de l'acte respiratoire se fait avec la plus grande facilité, et cette surveillance n'est pas aussi simple qu'on pense ; elle constitue la chose principale, la chose capitale dans la chloroformisation, car si l'air n'entre pas en suffisante quantité dans les voies respiratoires, ou si son entrée est arrêtée par une cause quelconque, c'en est fait du malade, sa mort arrive de la façon la plus subtile et la plus inattendue. Les mouvements des côtes et du diaphragme peuvent sub-

sister et appeler l'air dans la poitrine pendant quelque temps; mais s'il y a un obstacle à son passage, que l'oreille peut quelquefois seule apprécier, le malade meurt très-vite. La surveillance de la respiration, par la vue et par *l'oreille surtout, l'auscultation de la respiration* rendue plus facile avec la rosette qu'avec l'appareil, lui donne enfin ce dernier et grave avantage, qui depuis longtemps lui a valu ma préférence. Nous possédons l'appareil Charrière, nous l'avons appliqué souvent, mais l'expérience finale a prononcé victorieusement en faveur de la rosette.

Comment faut-il conduire la chloroformisation?

Les choses ayant été disposées comme il a été indiqué ci-dessus, l'aide, ou le médecin chargé de la chloroformisation, met à la première phalange de l'index ou du médius de la main qui ne tient pas la rosette l'anneau métallique. Il se place, selon la nécessité de l'opération, à droite ou à gauche du malade, toujours près de la tête; il verse sur le fond de la rosette une certaine quantité de chloroforme, de manière à en imprégner les plis; il s'assure lui-même du degré de concentration des vapeurs qui s'échappent de la rosette, en l'approchant de sa bouche et de ses narines. Cet essai est nécessaire, car il apprend si les vapeurs sont au degré de concentration voulue pour impressionner ou pour être tolérées. Si elles sont trop denses et si elles déterminent de la toux, on agite un peu la compresse dans l'air pour faire évaporer l'excès de chloroforme, et on attend un peu. Une certaine habitude abrége et simplifie ces préliminaires. La compresse étant arrivée au point voulu, on l'approche du visage du malade, en le priant de tenir les yeux fermés pour les préserver de l'action piquante des vapeurs chloroformiques, et en lui recommandant de respirer librement, tranquillement. Au bout de quelques inspirations, on approche davantage la rosette de la bouche et du nez, et alors survient un peu de toux de peu d'intensité et de durée, mais dont la persistance pourrait être facilement combattue par l'éloignement momentané de la compresse des voies respiratoires. Il est bon de prévenir le malade que cette toux n'a aucune importance, et ordinairement il se tranquillise. A ce moment arrive ordinairement une hypersécrétion de la muqueuse buccale et des glandes salivaires; les malades crachent facilement ou avalent ces liquides, qui jamais ne nous ont paru causer d'embarras. Quand la chloroformisation est plus avancée, elle cesse.

Il est des médecins qui, en ce moment, excitent le malade à hâter les inspirations pour que l'anesthésie arrive plus vite; d'autres, plus craintifs, attendent un peu, suspendent l'administration pendant un

instant pour recommencer plus tard ; l'une et l'autre manière de faire est défectueuse ; il ne faut exciter le malade à respirer que quand il s'arrête par crainte, et, dans ce cas, il suffit de le rassurer. Il est inutile de suspendre la chloroformisation, car c'est chose à recommencer ; ce sont des moments un peu pénibles qu'il faut traverser et qu'il est bon de ne pas prolonger. Il est des chirurgiens qui pensent qu'il faut abréger à tout prix ces moments d'intolérance pendant lesquels ils pensent que les accidents les plus graves se manifestent ; en conséquence ils appliquent de suite et presque hermétiquement sur la face la compresse disposée comme un bonnet de police. Tous les malades chloroformés de cette manière se débattent de la manière la plus vigoureuse ; plusieurs aides sont nécessaires pour maintenir le malheureux patient, qui ressemble en ce moment à un de ces infortunés soumis à la question ; ils arrivent, il est vrai, assez rapidement quelquefois à l'anesthésie ; j'en ai vu tomber très-rapidement, non-seulement dans le sommeil le plus profond, mais dans un état semi-asphyxique, d'où il a été quelquefois très-difficile de les tirer. Plusieurs accidents mortels sont arrivés dans ces circonstances.

L'asphyxie, par insuffisance d'air substitué dans le gaz inspiré par les vapeurs chloroformiques, peut arriver à cette période de la chloroformisation. Les travaux de Snow, que je n'ai pas besoin de rappeler ici, prouvent dans quelles proportions la substitution des vapeurs de chloroforme à l'air peut devenir funeste. Nous condamnons hautement cette manière brusque, je dirai brutale, de chloroformer ; elle peut conduire aux plus grands dangers, ainsi que nous l'avons vu. Il faut que l'action du chloroforme soit progressive, et que les voies respiratoires aient le temps de s'habituer au contact de ce nouvel agent.

Peu à peu, et sous l'influence d'inspirations répétées, l'intelligence subit un certain degré d'obnubilation, et alors commence la période d'excitation pendant laquelle le malade commence à tourner la tête à droite et à gauche, comme pour se soustraire à l'influence des vapeurs qu'il inspire. L'aide fera bien de maintenir un peu la tête ; dans ce moment, où la supériorité de la compresse sur l'appareil est surtout très-facile à apprécier, il est nécessaire, et ceci est capital, *que celui qui chloroforme écoute toujours la respiration pour s'assurer qu'elle se fait réellement ;* la vue du thorax et de ses mouvements ne suffit pas, il faut entendre entrer l'air dans la poitrine ; la période d'excitation est suivie de ce que nous avons appelé la période de spasme ; le malade se lève sur son séant, tend

les bras, après avoir quelquefois prononcé des mots inintelligibles, sa face devient rougeâtre, ses yeux sont convulsés; dans ce moment, la respiration peut être suspendue par un spasme de la glotte; on entend, en effet, un arrêt de l'inspiration, les côtes se soulèvent, mais l'air est arrêté à l'entrée des voies aériennes. Est-ce par le renversement de l'épiglotte, comme l'a dit Chelius à la Société de chirurgie? Cela paraît peu probable; nous pensons que cet état est dû plutôt à un spasme de la glotte. Ce spasme ne se prolonge pas ordinairement au delà de quelques secondes, et il cesse spontanément; s'il durait au delà de vingt secondes, il faudrait ouvrir la bouche avec la spatule, introduire le doigt armé de l'anneau sur la base de la langue et la presser en avant. Cette précaution a toujours suffi pour assurer la liberté de l'inspiration qui, alors, devient profonde et stertoreuse. En ce moment, il faut donner un peu plus de chloroforme pendant une ou deux inspirations, et alors l'anesthésie est obtenue; le malade, plongé dans ce sommeil bienfaisant, respire ordinairement plus paisiblement qu'auparavant. On entend alors la respiration profonde de l'homme bien endormi. L'opération peut être commencée; c'est à l'aide à avertir le chirurgien, car c'est lui qui, placé près de la tête du malade, peut le mieux apprécier, surtout par la manière dont le malade respire, jusqu'à quel point il est anesthésié. Ce point est assez délicat, et nous voyons sans étonnement la plupart des chirurgiens donner des règles variées, telles que celle de pincer le malade, soulever les bras, pour voir s'ils retombent comme une masse, etc. Aucun signe n'est plus sûr que cette respiration profonde, ronflante chez ceux surtout qui ronflent habituellement en dormant. Il faut une grande habitude pour saisir ce point délicat, qui est d'une haute importance, car on est arrivé au but, et il faut ne pas le dépasser; si on commence l'opération alors que le malade n'est pas encore en possession de cette insensibilité précieuse, l'opérateur, gêné par des mouvements qu'il ne peut pas dominer, n'est pas libre de son action. Si on y est arrivé sans le savoir, on continue à administrer l'anesthésique par voie croissante, et, quand on s'arrête, une intoxication profonde s'est produite; la résolution des muscles volontaires, obtenue depuis longtemps, s'étend à des muscles habituellement soustraits à la volonté et permet certains désordres, dont le plus important et le plus grave est l'application de la base de la langue contre la paroi postérieure du pharynx, et par conséquent l'occlusion des voies aériennes. Pendant quelque temps les mouvements du thorax et des parois abdominales simulent encore des inspirations; elles paraissent réelles aux assistants; mais l'aide seul, qui a ap-

pliqué l'oreille près du visage du malade, n'entend plus le passage de l'air, il voit la face devenir livide, puis pâle, et au bout de quelques secondes la vie s'est éteinte si, par le procédé ci-dessus, on n'a ouvert l'accès à l'air, à l'air respirable, qui est l'aliment de la vie; ce n'est pas sans raison que nous avons choisi cette épigraphe qui résume tout notre travail, qui en est l'âme.

Quand l'anesthésie est obtenue, il est très-facile de l'entretenir en faisant respirer de temps en temps un peu de chloroforme au malade; l'entretien de l'anesthésie exige peu de chloroforme; semblable en ceci à l'ébullition, il suffit de peu de combustible pour l'entretenir, il ne faut précisément que la quantité perdue par la diffusion de la chaleur à la surface du vase; ici, c'est par la respiration que le chloroforme est éliminé, c'est par elle qu'il doit être de nouveau introduit pour être maintenu dans le sang en quantité suffisante pour obtenir la continuation du sommeil. C'est là une affaire de tact qu'une longue assistance à la chloroformisation et une longue pratique peuvent seules apprendre.

Quand on entretient trop faiblement la chloroformisation, on en est averti moins, le plus souvent, par un commencement de retour de la sensibilité que par des efforts de vomissements et des vomissements qui précèdent immédiatement le réveil. Dans ce cas, la plupart des chirurgiens laissent cet acte s'accomplir; nous avons vu suivre une conduite tout opposée et avec grand succès. Quand le malade commence à éprouver ces soulèvements de cœur qui annoncent l'approche des vomissements, nous avons vu arrêter cet effet par une dose un peu plus considérable de chloroforme; les malades étaient de nouveau plongés et maintenus dans leur sommeil, pendant lequel les vomissements n'arrivent pas. Bien souvent cette complication gênante de l'anesthésie a pu être reculée jusqu'à la fin de l'opération et jusqu'au moment où elle pouvait se produire sans inconvénient pour le malade et l'opérateur. Nous ne sachions pas que ce moyen ait jamais été indiqué.

Si la production du sommeil anesthésique se faisait toujours suivant cette régularité ordinaire, si les idiosyncrasies particulières ne venaient donner à la production de sommeil artificiel un cachet individuel, si les nuances, dans les moments importants, n'étaient pas si difficiles à apprécier, si délicates à saisir, la chose serait fort aisée, et la science et l'humanité, qui ont éprouvé une joie si vive de cette découverte, n'auraient pas eu à déplorer un si grand nombre de malheurs. Mais en ceci, comme en tout ce qui touche à l'humanité et à l'organisme vivant, les règles générales qui dominent les faits

qui surgissent de leur ensemble, sont difficiles à saisir et à formuler ; essayons, pour les trouver, d'étudier la production du sommeil anesthésique dans les divers âges de la vie et de voir pendant combien de temps peut être prolongé le sommeil anesthésique chez un malade, sans danger pour lui.

Les enfants sont chloroformés avec la plus grande facilité. Les nouveau-nés semblent éprouver un sentiment agréable pendant les premières inhalations ; ils tirent un peu la langue comme pour savourer la douceur de ces vapeurs, ils la tètent peu après, font quelques grimaces, puis s'endorment très-paisiblement. Nous n'avons qu'une seule fois remarqué un léger embarras de la respiration, encore n'a-t-il pas eu de durée. Le plus souvent ils s'endorment profondément et ne tardent même pas à ronfler dans leur sommeil. Les enfants un peu plus âgés ne sont pas si faciles à s'endormir ; ils se méfient de ces vapeurs, se débattent souvent, se retournent la face contre les coussins; il faut les maintenir un peu, alors ils se mettent à crier, et chaque cri étant suivi d'une forte inspiration, il faut savoir en profiter pour faire inspirer du chloroforme avec un peu d'abondance; au bout de deux ou trois inspirations, ils se taisent et s'endorment paisiblement.

Plusieurs fois j'ai vu endormir des enfants très-tranquillement, sans qu'il y ait eu la moindre trace des périodes d'excitation et de spasme. Dans un cas récent, où j'ai été obligé de pratiquer une opération sur le membre supérieur d'un enfant, l'aide causait tranquillement avec le petit malade, lorsque celui-ci s'endormit paisiblement et profondément, comme il aurait fait à la fin d'une journée bruyante, vaincu par le sommeil naturel.

Il y a peu de temps, une opération était à pratiquer à un autre enfant. Au moment voulu, celui-ci fut trouvé endormi ; on le chloroforma dans cet état, sans qu'il ait manifesté la moindre tendance à une excitation, il subit l'opération et se réveilla sans se douter de ce qui était arrivé.

Chez les adultes des deux sexes, les choses se passent un peu différemment : les femmes nerveuses sont quelquefois prises de mouvements convulsifs, mais qui ont peu de durée; elles tombent rapidement dans un sommeil profond, et c'est chez elles qu'on a surtout remarqué cette marche progressive du chloroforme, même après qu'on en a cessé l'emploi et qui commande dans ces cas la réserve la plus prudente.

Les adultes présentent les variétés les plus considérables qui exigent cette habitude de l'administration du médicament dont nous avons parlé plus haut.

La plupart des vieillards s'endorment avec une grande facilité, mais tombent aussi facilement dans cette prostration profonde, dans la résolution musculaire qui atteint aussi la langue et permet à cet organe de se tasser contre la paroi postérieure du pharynx et de constituer ainsi une véritable soupape qui s'oppose à l'entrée de l'air dans les voies aériennes; plusieurs observateurs ont signalé ce fait, mais ils croient qu'il appartient exclusivement à la vieillesse; c'est une erreur profonde, il peut arriver à tous les âges.

Quoique le malade soit profondément endormi et complétement insensible aux stimulants extérieurs, certains muscles, qui sont en partie soumis à l'empire de la volonté, conservent leur synergie d'action nécessaire à la conservation de certaines fonctions et au maintien de la régularité de leur jeu; ainsi, on a dit souvent qu'il était impossible de chloroformer les malades chez lesquels on devait pratiquer une opération dans la bouche ou dans le pharynx, de peur de voir le sang et la salive s'engager dans les voies respiratoires. C'est là une erreur, au moins d'une manière relative; ainsi, nous avons enlevé le maxillaire supérieur, le maxillaire inférieur, les amygdales, à des sujets chloroformés, et le sang et la salive étaient crachés à l'insu des malades. Lorsque ces liquides se dirigeaient vers les voies respiratoires, leur présence éveillait une toux expulsive dont les malades n'avaient pas la moindre conscience. Il faut dire cependant que ceux qui n'ont pas une grande habitude de l'administration du chloroforme feront bien, dans ces cas difficiles et délicats, de laisser à d'autres plus habiles le soin de conduire l'anesthésie.

(La fin au prochain numéro.)

Nouveau procédé de blépharoplastie pour la cure de l'ectropion.

Par M. le docteur Alphonse GUÉRIN, chirurgien de l'hôpital Cochin.

Quand l'ectropion est arrivé au point de ne plus être seulement une laide incommodité; lorsqu'il devient une difformité repoussante, il faut, de toute nécessité, recourir à une opération pour relever la paupière renversée. Dans ce but, on a eu recours à une infinité de moyens qui ont été abandonnés pour la plupart, et qui ne nous offrent plus d'autre intérêt que celui qui s'attache à l'étude des efforts de l'esprit humain. Je crois pourtant utile, avant de décrire le procédé autoplastique par lequel je reconstitue une paupière détruite, de rappeler brièvement les opérations qui ont donné les meilleurs résultats : pendant longtemps, on s'est borné à faire des incisions à

la peau, ou à exciser la conjonctive, tandis que la plupart des chirurgiens modernes, reconnaissant l'insuffisance de ces moyens, ont demandé à l'autoplastie des procédés plus efficaces.

L'excision de la conjonctive ne peut être utile que dans les cas où l'ectropion résulte uniquement de la tuméfaction de cette membrane et ne constitue pas une difformité permanente. Je ne dirai rien des divers procédés par lesquels on a pratiqué cette petite opération, ne voulant m'occuper ici que de l'ectropion qui provient de la rétraction de la peau de la joue ou de la destruction d'une partie de la paupière.

Au lieu d'exciser la conjonctive, W. Adams enleva un lambeau en V de toute l'épaisseur de la paupière, croyant qu'en diminuant cette partie dans son diamètre transversal, il s'opposerait à son renversement en dehors. Pour les cas où l'ectropion provient uniquement du boursouflement de la conjonctive et de la laxité de la paupière, l'opération d'Adams pourrait avoir quelque efficacité ; mais ces faits sont fort rares, et le véritable ectropion, celui dont la persistance est le caractère constant, ne résulte guère que de la rétraction consécutive à la destruction d'une portion de la paupière ou de la peau voisine de cette partie.

Cette espèce d'ectropion est rebelle à l'incision semi-lunaire du procédé de Celse, à l'excision de la conjonctive par le procédé d'Antylus et par celui de Paul d'Egine, aussi invariablement qu'à l'excision en V de la paupière par le procédé d'Adams. Les diverses opérations pratiquées par Dieffenbach ne méritent pas plus de confiance.

L'autoplastie, seule, peut donner à une paupière renversée par la rétraction du tissu inodulaire la forme et la direction normales.

Blépharoplastie. L'opération autoplastique la plus simple qui ait été tentée pour restaurer une paupière renversée sur la joue est celle qui a été imaginée par Wharton Jones. Elle consiste à pratiquer deux incisions qui, d'abord parallèles, se réunissent bientôt en faisant un V irrégulier, dont la pointe est la partie la plus éloignée du bord libre de la paupière. La peau circonscrite par cette incision composée, ayant été disséquée de la pointe vers la base, on réunit par la suture les bords de la plaie qui, par leur rapprochement, empêchant le lambeau disséqué de s'abaisser, maintiennent la paupière relevée.

Nous discuterons bientôt les avantages et les inconvénients de cette opération et nous verrons que, si elle est peu dangereuse, elle a une efficacité très-contestable.

Dieffenbach a imaginé un procédé de blépharoplastie qui appartient à la méthode française ou de glissement. Cette opération consiste à attirer en dehors une partie de la paupière et à y fixer son bord ciliaire avivé. Voici en peu de mots le manuel opératoire :

Faites une incision qui, partant de la commissure externe de l'œil, s'étende horizontalement en dehors, dans une étendue qui soit proportionnée au renversement de la paupière. Faites ensuite une incision verticale partant de la même commissure et réunissez par une troisième incision l'extrémité de la seconde au milieu de la première. Vous avez ainsi circonscrit un îlot triangulaire de peau que vous enlevez par la dissection.

Le bord ciliaire étant ensuite avivé près de son angle externe, dans une étendue égale à la moitié de l'incision horizontale, et la portion correspondante de la paupière ayant été détachée des tissus sous-jacents, on attire en dehors les parties disséquées pour fixer, par des points de suture, la partie avivée du bord palpébral à la moitié voisine de la plaie horizontale. Les deux bords interne et externe de la plaie, qui se trouvent ainsi rapprochés l'un de l'autre, sont ensuite réunis par la suture entortillée.

La blépharoplastie par la méthode indienne consiste à faire près du bord ciliaire une incision dont on écarte les lèvres et à y enter un lambeau emprunté à la peau de la tempe ou de la joue. L'inconvénient le plus grand de cette opération provient de ce que la longue languette de peau sur laquelle on compte pour redonner à la paupière une étendue et une laxité qu'elle a perdue se mortifie partiellement. Quand cet accident ne se produit pas, le lambeau étant constitué par une peau doublée d'un tissu cellulaire dense manque de la souplesse qui est nécessaire à la mobilité des paupières ; une saillie difforme résulte de cette constitution différente des tissus réunis. Aussi est-il rare que l'on obtienne par cette méthode un résultat très-satisfaisant.

Disons, toutefois, que la difformité des paupières restaurées est bien moindre depuis que l'on a imaginé de pratiquer l'occlusion des paupières par l'avivement et la suture. C'est bien certainement la modification la plus heureuse qui ait été apportée dans la pratique des opérations de blépharoplastie ; en s'opposant pendant les premiers jours au renversement de la paupière qui était le siége de l'ectropion, cette suture permet au lambeau de s'appliquer plus exactement aux parties avec lesquelles il doit se souder, et plus tard elle peut seule lutter efficacement contre la rétraction des tissus.

J'ai vu, dans ces dernières années, des opérations de blépharo-

plastie qui avaient incontestablement remédié à l'ectropion, grâce à l'occlusion des paupières maintenue pendant six mois. Mais les cicatrices de la tempe ou de la joue et les couleurs variées des paupières nuisaient à la beauté des opérés.

Dans mon appréciation de la méthode indienne, je n'ai indiqué que quelques-uns des accidents dont l'opération est susceptible de se compliquer, et c'est là un inconvénient de ce mode opératoire, sur lequel je dois m'arrêter un instant :

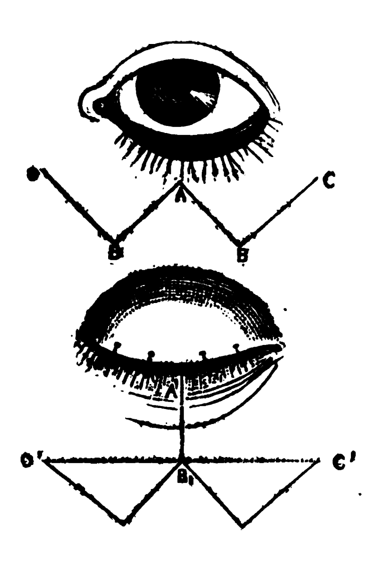
La grande plaie que l'on fait à la tempe est fréquemment le point de départ d'une infection purulente. Quoique j'aie observé cette grave affection plus fréquemment lorsque le lambeau est taillé sur le front pour la rhinoplastie ou pour l'autoplastie de la paupière supérieure, il est pourtant incontestable que les nombreuses et grosses veines qui sont coupées dans la dissection du lambeau temporal ouvrent une large porte à l'infection purulente. On comprend en outre que, la plaie qui résulte de cette autoplastie prédispose infailliblement à l'érysipèle par le trouble profond qu'elle apporte à la circulation de la partie sur laquelle on opère. L'expérience prouve, d'ailleurs, que ce n'est pas là un aperçu *à priori*. Enfin, la blépharoplastie par la méthode indienne est fréquemment suivie d'un accident qui, à lui seul, suffirait pour effrayer le chirurgien et le détourner de cette opération. Je veux parler de la gangrène du lambeau. Ce lambeau a, en effet, une longueur trop grande relativement à sa largeur, pour que la circulation se rétablisse de suite à son extrémité la plus éloignée du pédicule. Aussi cette portion de peau se refroidit très-vite et se gangrène souvent, quoi que l'on fasse pour s'opposer à sa mortification. Tous les chirurgiens ont reconnu le danger de la blépharoplastie par la méthode indienne. Les uns ont cru qu'ils la conjureraient par l'application d'une sangsue répétée fréquemment, ils n'ont fait que hâter la mortification ; d'autres ont eu recours à des lotions excitantes et n'ont pas été plus heureux, parce que l'on est impuissant pour parfaire la circulation dans une portion de peau qui ne reçoit ses vaisseaux que par un pédicule étroit.

L'opération de Warthon Jones, au contraire, consistant en une plaie dont les bords sont réunis par première intention, n'expose ni à la gangrène d'une partie de la peau, ni à l'infection purulente ; mais elle est constamment inefficace, toutes les fois que la rétraction est un peu considérable. Si la dissection du lambeau de peau permet, en effet, de relever la paupière, la suture des bords de la plaie au-dessous de la pointe de ce lambeau ne suffit pas pour maintenir

les parties dans leur situation normale ; ou, si elles sont à peu près maintenues, le lambeau étant constitué par une peau sans consistance ne peut pas s'opposer au renversement du bord palpébral.

Ayant depuis plusieurs mois dans mon service, à l'hôpital Cochin, un jeune homme à qui je devais pratiquer la blépharoplastie pour un ectropion de la paupière inférieure, et n'osant avoir recours à la méthode indienne, à une époque où l'érysipèle est une complication de la plupart des opérations, j'ai imaginé le procédé suivant, qui appartient à la méthode d'autoplastie, dite *méthode française*, ou *par glissement*.

Je pratique d'abord deux incisions qui se réunissent en V renversé (Λ) un peu au-dessous du milieu du bord libre de la paupière, et qui s'éloignent l'une de l'autre à mesure qu'elles s'approchent de la joue. Je fais ensuite une incision qui, partant de l'extrémité de la branche externe du Λ, se continue en dehors parallèlement au bord libre de la paupière, dans une étendue proportionnée au déplacement que l'on devra faire subir au lambeau qui résulte de ces incisions. Une autre incision semblable est faite en dedans, de telle sorte, qu'après avoir disséqué deux lambeaux circonscrits en dedans et en dehors du Λ, on peut reporter la paupière aussi haut qu'on le désire.



Par les incisions AB, BO et BC, on circonscrit deux lambeaux triangulaires qui, ayant été détachés des parties sous-jacentes, peuvent être relevés de manière à ce que les deux bords AB, AB se confondent. Cette union est indiquée en A'B' dans la seconde figure.

Pour maintenir les lambeaux dans la position qu'ils doivent garder, j'unis leurs bords correspondants, de manière que leur point le plus inférieur soit au-dessus du sommet du triangle ou V renversé qui reste à la place qu'il occupait avant l'opération.

L'adhérence des bords des lambeaux pourrait peut-être suffire à maintenir les parties au point où elles ont été reportées ; mais pour plus de certitude, j'ai cru devoir consolider le résultat de l'opération en unissant par la suture les bords avivés des deux paupières.

L'espace triangulaire circonscrit par les incisions qui se réunissent en V renversé correspond à peu près au point où le nerf sous-orbitaire émerge du conduit de même nom pour se répandre dans la peau de la joue et de la paupière. La partie la plus large de ce triangle recouvre le nerf et le met à l'abri du bistouri ; on ne coupe donc dans cette opération que des filets nerveux dont la section ne compromet pas d'une manière appréciable la sensibilité des téguments de la région.

Les plaies triangulaires qui résultent de l'élévation des deux lambeaux latéraux se comblent très-vite et sont remplacées par une cicatrice linéaire ; leurs bords correspondants se réunissent de manière à ce que leur soudure soit à peine visible; la nouvelle paupière est lisse et polie, et la peau qui la forme ne diffère en rien de celle d'une paupière naturelle.

J'ai ainsi obtenu pour mon malade un résultat que la Société de chirurgie a trouvé aussi satisfaisant que possible. Je laisserai les paupières unies pendant plusieurs mois, sachant qu'il faut toujours un temps très-long pour la consolidation de cette espèce de restauration. Le malade ne souffre, d'ailleurs, aucunement de la fermeture de l'œil.

Pour peu que l'on ait quelque expérience de la pratique de la blépharoplastie, on reconnaîtra que le procédé auquel j'ai eu recours ne peut être comparé à aucun autre pour la facilité de l'exécution ; l'avenir prouvera qu'il n'en est pas de plus sûr et qui expose moins à l'érysipèle et à l'infection purulente. Je ne parle pas de la gangrène du lambeau qui n'est pas plus possible que celle des lèvres dans l'opération du bec-de-lièvre. Si je ne m'abuse sur les avantages de mon procédé, la blépharoplastie va devenir une des opérations les plus simples et les plus sûres de la chirurgie.

J'avais décrit et fait connaître le mode de restauration des paupières, lorsque, en relisant ce qui a été écrit sur la blépharoplastie, j'ai trouvé un procédé qui est en quelque sorte l'ébauche du mien.

Blasius fit deux incisions se réunissant en V renversé, dont la pointe était tournée vers le bord de la paupière (on voit que c'est le premier temps de mon opération) ; mais il se contenta de disséquer les bords de ces incisions et d'en réunir une partie au-dessus du

sommet du V, cherchant ainsi à reporter la paupière dans sa position normale.

Il est bien évident que de cette manière il est impossible de remédier à un ectropion très-prononcé. Ce qu'il fallait pour pouvoir remonter la paupière sans tiraillement, je l'ai fait en taillant, en dedans et en dehors du Λ resté en place, des lambeaux dont je réunis les bords sur la ligne médiane, en les portant aussi haut que le cas l'exige.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Du sous-phosphate ferroso-calcique, comme succédané du sous-nitrate de bismuth.

Rien ne prouve mieux la réalité du danger que font courir à la pratique médicale et la production limitée du sous-nitrate de potasse, et sa consommation croissante, que le zèle déployé pour la recherche d'un bon succédané de ce précieux médicament.

Un honorable pharmacien de Lyon, qui s'est préoccupé aussi de ce problème, propose l'essai du sous-phosphate de chaux et de fer, dont l'action, suivant lui, se rapprocherait davantage du sous-nitrate de bismuth que l'oxyde de fer. M. Thizy fait observer que ce dernier sel, avant d'arriver dans l'intestin, exercera son action sur l'estomac, et de plus, que, se dissolvant dans les sécrétions acides de cet organe, il agira comme les sels solubles; tandis que le sous-phosphate de chaux, qui est insoluble, étant combiné au fer, arriverait dans le canal intestinal, en laissant le moins de traces possibles de son séjour dans l'estomac, pour agir ensuite comme absorbant local du gaz sulfhydrique.

Mais M. Thizy sait qu'il faut à la thérapeutique des faits et non des théories; aussi il a mis à la disposition des médecins de l'Hôtel-Dieu de Lyon une assez grande quantité de ce médicament. Les essais cliniques sont commencés sur une assez large échelle, pour que nous sachions bientôt à quoi nous en tenir sur les espérances conçues par l'honorable pharmacien lyonnais. Quant à nous, nous avons une moins grande confiance dans la propriété absorbante du sous-phosphate de chaux et dans son action thérapeutique, surtout dans les diarrhées chroniques, maladies contre lesquelles le sous-nitrate de bismuth est si puissant.

Emploi du chloroforme comme moyen de modifier la saveur des médicaments.

Voici, dit M. Grave, une nouvelle propriété du chloroforme, que j'ai remarquée par hasard et qui, jusqu'ici, je crois, était restée inconnue ; car aucun des auteurs que j'ai consultés n'en fait mention. Cette propriété est d'ôter l'amertume aux substances amères.

Mêlé en certaines proportions à la teinture d'aloès, de gentiane, à du sulfate de quinine en suspension dans l'eau, le chloroforme leur enlève presque complétement leur amertume.

M. Lamon vient d'ajouter un nouvel agent médicamenteux à ceux cités par M. Grave, suivant le président de l'Union pharmaceutique de la Flandre occidentale, le chloroforme annihile instantanément et complétement l'odeur de l'assa fœtida.

Il reste à savoir si le chloroforme n'enlève pas à quelques-unes de ces substances tout ou partie de leurs propriétés thérapeutiques.

Nouveau mode d'administrer l'huile de ricin.

On a souvent beaucoup de difficultés à faire prendre aux enfants même quelques grammes d'huile de ricin. Voici un moyen bien simple de la leur administrer, il n'offre aucun inconvénient et présente un avantage lorsqu'on a l'intention de n'obtenir qu'une faible purgation.

On verse dans un petit plat en terre pouvant aller sur le feu, la quantité d'huile de ricin prescrite, on casse dedans un œuf, on chauffe en agitant de manière à obtenir ce que les cuisinières appellent un *œuf brouillé*. Lorsque l'œuf est cuit, on lui ajoute un grain de sel, ou un peu de sucre et quelques gouttes d'eau de fleurs d'oranger.

Nous avons donné à un homme une omelette faite avec trois œufs et 45 grammes d'huile de ricin ; il l'a mangée sans se douter qu'elle fût préparée avec une huile purgative.

En Provence, tous les mets sont préparés avec de l'huile d'olives, le beurre étant un luxe inusité. En Chine, l'huile de ricin est journellement employée pour les besoins de la vie ; si elle n'agit pas comme évacuante, c'est que les Chinois y sont habitués dès l'enfance. Seulement ils oublient quelquefois que les autres peuples ne jouissent pas du même privilége. Ainsi, il y a une trentaine d'années, des envoyés français crurent avoir été empoisonnés par des mandarins qui les avaient conviés à un dîner. Tous les mets avaient été préparés avec de l'huile de *palma christi*, ce condiment les avait

horriblement purgés. Heureusement on découvrit à temps le mystère, sans cela les officiers français étaient tout disposés à brûler quelques amorces et à envoyer aux jonques du Céleste Empire quelques boulets pour punir leurs hôtes chinois de leur plaisanterie.

Stanislas MARTIN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Cas de guérison d'une surdité datant de plusieurs années, instantanément guérie par une friction de chloroforme pratiquée sur le côté du cou correspondant à l'oreille malade.

Il y a un an, mon cher confrère, ou peut-être un peu plus, je vous parlai d'un fait véritablement remarquable de guérison d'une surdité de plusieurs années par l'usage d'une seule friction de chloroforme sur le côté du cou correspondant à l'oreille malade ; je crois même que je vous donnai à ce sujet une courte note que vous vous proposiez d'insérer dans le *Bulletin de Thérapeutique*. Dans un récent voyage que j'ai fait en Franche-Comté, j'ai vu la personne (un de mes parents) sur laquelle avait été opérée cette guérison, et je l'ai priée de m'en rappeler par écrit les détails. C'est ce qu'elle a fait dans une lettre, que je vous envoie. Peut-être trouverez-vous qu'elle vaut la peine d'être publiée.

LÉLUT,
membre de l'Institut.

Obs. « Je viens vous rappeler les détails de la guérison extraordinaire que vous avez opérée sur moi le 8 août 1854.

« Ce jour-là, au moment où le choléra sévissait à Gy, notre pays natal, avec la plus grande intensité, je me trouvais, depuis une heure ou deux, cloué sur mon lit, atteint d'un torticolis des plus violents, lorsque vous arrivâtes à la maison.

« Dans l'espoir d'un prompt soulagement, une friction de flanelle chloroformée, sur le col et derrière l'oreille fut à l'instant par vous ordonnée et pratiquée par vous-même : moins de trois minutes après, quel fut votre étonnement quand je vous annonçai que, par votre friction, qui ne m'avait encore nullement soulagé de mon torticolis, vous m'aviez, comme par enchantement et subitement guéri d'une surdité de l'oreille gauche dont j'étais atteint depuis plus de trois années, n'entendant rien ou des bourdonnements continuels !

« Dans le principe, cette surdité avait été presque aussi prompte que sa guérison a été subite : elle était la suite d'une chute d'environ 4 mètres 1/2 de hauteur que j'avais faite du haut d'un mur à Cha-

sonne, lors d'un incendie en février 1851, je crois. Etant tombé dans un grenier dont le plancher était brûlé et de là dans une des chambres de l'étage, ayant la figure couverte de cendre et de paille brûlée, je m'empressai de plonger ma tête dans un seau d'eau froide pour me laver, et dès le même soir je fus atteint d'une surdité presque complète de l'oreille gauche, n'entendant rien ou que des bourdonnements continuels. Cette surdité dura jusqu'au 8 août 1854, et ce jour-là, comme je l'ai dit, moins de trois minutes après la friction de chloroforme par vous opérée, elle cessa subitement et avec la promptitude de l'éclair; et depuis ce jour, je ne m'en suis jamais ressenti.

« Au moment où je vous annonçai la guérision de ma surdité, vous vous trouviez dans une chambre séparée de la mienne par un cabinet dont les deux portes étaient ouvertes, et je vous affirmai que je pouvais compter tous les mouvements du balancier de ma pendule et entendre ce qui se serait dit, même à voix basse, dans la chambre voisine de la mienne; mon oreille du côté droit ne pouvait me venir en aide, étant couché dessus et ne pouvant faire aucun mouvement.

« Cinq ou six heures après votre friction, mon torticolis fut guéri; et depuis ce jour, 8 août 1854, je suis guéri entièrement et parfaitement de cette surdité qui datait de plus de trois ans.

« BOLOT. »

A M. Lélut, membre de l'Institut, député de la Haute-Saône.

Un mot encore sur les pilules de Bontius du Codex.

Je viens de lire, dans le *Bulletin général de Thérapeutique* du 15 juillet dernier (p. 22), une critique de la modification que j'ai proposée à la formule des pilules de Bontius du Codex, par M. le docteur Colson, que je ne puis laisser sans réponse.

Mon honorable contradicteur dit que j'ignorais la véritable formule de Bontius, et il cite à l'appui une édition de l'ouvrage de cet auteur publié en 1718, et contenant la formule des pilules telle que la donne le Codex. Je ne connaissais pas, en effet, cette édition; mais j'avais cru pouvoir m'en rapporter à M. le professeur Guibourt, qui, dans sa Pharmacopée (p. 218), en donnant la formule des pilules de Bontius, s'exprime ainsi : « Cette formule est celle de l'ancien Codex de Paris; elle diffère beaucoup de celle qui avait été donnée par Bontius, laquelle contenait de plus de la scammonée et du sulfate de potasse, et prescrivait de lier les pilules

avec du vin de Malvoisie et du sirop de roses résolutif. » Voilà sur quel document je me suis appuyé, et j'ai pu croire que l'éminent professeur avait puisé à des sources aussi certaines que celles du docteur Colson.

Mais, dans son désir de critiquer, mon contradicteur ajoute que : « L'addition des quatre substances que je propose, fait de ma formule une préparation nouvelle, à laquelle il doit m'être interdit de donner le nom de Pilules de Bontius perfectionnées. » Je mets M. le docteur Colson au défi de me démontrer que j'ai dit d'ajouter une seule substance nouvelle à la formule des pilules de Bontius du Codex. Ma réponse à cette assertion erronée est dans cette seule phrase, extraite de mon mémoire : « Nous n'avons rien changé à la formule du Codex, seulement nous avons remplacé le vinaigre par l'alcool à 33 degrés, dont nous avons doublé la dose. »

Maintenant la substitution de l'alcool au vinaigre est-elle fondée ? Je renvoie mon critique à M. Guibourt lui-même, dont le nom fait autorité en pharmacologie, et qui est, à bon droit, considéré comme le plus savant praticien de notre époque. J'ai cité son opinion relativement à l'action nuisible du vinaigre sur les gommes résines; j'ajoute que le Codex de 1758 a remplacé le vinaigre par le vin blanc pour leur purification ; celui de 1818 a substitué à son tour l'alcool au vin blanc. Dois-je rappeler que les pilules de Bontius ne se conservent pas et qu'elles se déforment.

M. le docteur Colson assure que les pilules de Bontius constituent un médicament très-fidèle et très-utile dans les hydropisies. Je ferai observer encore à l'honorable chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Noyon, que les pilules de Bontius, étant un médicament officinal, sont préparées *exclusivement* d'après la *formule du Codex,* et que, par conséquent, les bons effets qu'il a constatés ont été obtenus par la formule qu'il critique. D'ailleurs, tous ses confrères ne sont pas aussi heureux que lui dans leur emploi; aussi j'ai pu attribuer leur insuccès à l'action nuisible du vinaigre sur les gommes-résines qui les composent, et l'expérience est venue justifier mon opinion. Que mon contradicteur fasse préparer par un pharmacien quelconque des pilules par mon procédé, et il sera convaincu, j'en ai la certitude, que j'ai le droit de les appeler *pilules de Bontius perfectionnées,* car il s'assurera qu'elles sont beaucoup plus actives que celles du Codex.

Quant à la dénomination de *Grains de vie de C. Favrot,* que j'ai cru devoir leur donner, je n'en discuterai pas l'opportunité avec M. Colson; nous n'avons pas la même manière de voir, car je suis

de ceux qui pensent que les médicaments gagnent à être préparés par des hommes à qui une longue habitude permet d'apprécier les difficultés inhérentes à chaque manipulation, et de mieux les surmonter.

C. FAVROT,
Pharmacien à Paris.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies du foie, par M. le docteur FR.-THÉOD. FRERICHS, professeur de clinique médicale à l'Université de Berlin, membre du Conseil supérieur de l'instruction publique, traduit de l'allemand par MM. les docteurs LOUIS DUMÉNIL, médecin des hôpitaux de Rouen, et J. PELLAGOT, ancien interne des hôpitaux de Paris, édition revue et corrigée par l'auteur, avec 80 planches intercalées dans le texte.

Je ne crois pas qu'il y ait en France une monographie des maladies du foie qui puisse se comparer, même de loin, à l'ouvrage de l'illustre professeur de clinique médicale de l'Université de Berlin. En même temps qu'ils ont prouvé l'excellence de leur sens critique, en dotant la littérature médicale française de la traduction d'un ouvrage de cette valeur, MM. Duménil et Pellagot ont montré qu'ils savent les lacunes de la science dans notre pays, si fécond cependant en productions scientifiques relatives aux questions les plus diverses.

Un exposé sommaire des maladies nombreuses qu'a tour à tour étudiées et souvent approfondies M. le professeur Frerichs dans son important ouvrage, suffira à faire pressentir aux lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique* l'intérêt essentiellement pratique, nous n'hésitons point à le dire, que présente cette monographie, cette encyclopédie, pour employer une expression plus juste, des maladies de l'appareil hépatique.

L'ouvrage s'ouvre, sous la forme modeste d'une simple préface, par des considérations concises, mais pleines de profondeur et de sagacité sur ce que doit être aujourd'hui la clinique pour sortir de l'ordre purement descriptif de la monographie, et sur la thérapeutique, qui peut emprunter aux enseignements du passé leurs résultats empiriques, mais à la condition de s'inspirer en même temps des données de la science moderne : à cette condition seule, elle sort de l'empirisme brutal pour entrer dans le domaine de la raison. « D'ailleurs, dit notre sagace auteur, il s'agit moins pour la thérapeutique que pour la pathologie d'une reconstruction complète ; ce qu'il faut ici, avant tout, c'est un examen approfondi, une utili-

sation judicieuse des résultats déjà acquis. Les matériaux légués à la médecine scientifique sont, sous bien des rapports, identiques à ces travaux de l'alchimie, d'où naquit la chimie moderne. Dans les deux cas, on s'est trouvé en présence de faits rassemblés d'après des vues fort bornées, et dès lors incomplètes : là, l'idée de la pierre philosophale, ici, la recherche des spécifiques ont fait perdre de vue la nature et conduit à l'erreur. Néanmoins, la médecine doit, à l'exemple de la chimie, profiter de ces travaux du passé, et s'aider du secours de la tradition pour achever son œuvre. » C'est que, comme il l'avait dit précédemment, « entre la partie scientifique de la médecine clinique et la pratique, son but spécial, s'ouvre encore un abîme sur lequel sont jetés çà et là quelques ponts rares et vacillants. Sans doute en acquérant une notion plus parfaite des phénomènes morbides, nous rendons plus certaine notre action au lit du malade ; mais combien nous sommes loin encore de pouvoir instituer un traitement à l'aide de notre seule raison ! Toute tentative semblable a toujours été sévèrement punie. » Si j'ai cru devoir citer ce passage de l'ouvrage de M. Frerichs, c'est que j'ai voulu tout d'abord dissiper, dans l'esprit de ceux auxquels je m'adresse, la crainte à laquelle nous inclinons tous, quand il s'agit d'un ouvrage d'outre-Rhin, que l'auteur ne se perde dans les nuages de la pure spéculation : en entendant un pareil langage, nous espérons que les plus timorés se rassureront et qu'ils entreprendront hardiment la lecture d'un livre marqué au coin d'une méthode philosophique qui préserve à la fois l'esprit libre de l'infatuation du présent et du bigotisme du passé.

Après une introduction historique, où il expose d'une manière sobre et correcte tout à la fois les vues longtemps spéculatives de la science sur la pathologie de l'appareil biliaire, l'auteur étudie d'une manière générale la séméiologie topique de cette pathologie. Dans cette sorte d'étude préparatoire, l'habile clinicien se révèle déjà de la manière la plus évidente, et, bien que ce côté de la pathologie hépatique ait acquis parmi nous un haut degré de précision, nous estimons que beaucoup ne liront pas sans un réel profit cette remarquable étude. Puis, M. Frerichs, abordant directement son sujet, traite de l'ictère. Comme c'est là un des chapitres les plus importants et les plus approfondis d'un ouvrage où l'on vise à la précision, avant d'aspirer à l'originalité, qu'on nous permette de nous y arrêter quelques instants. Le médecin de Berlin, étudiant d'une manière générale l'ictère dans les diverses conditions de ses causes pathogéniques, est naturellement amené à examiner successivement

les théories diverses qui ont été successivement préparées pour l'expliquer. Nous ne craignons pas d'appeler l'attention du lecteur sur ce travail, dont les conclusions sont tout à la fois demandées à la critique la plus judicieuse et à l'observation clinique la plus sévère. Voilà les conclusions essentielles de ces recherches ; nous ne pensons pas que, dans l'état de la science, on puisse dans cette direction aller plus loin. L'ictère naît de trois causes, qui sont : 1° la rétention de la bile ; 2° les troubles dans la circulation hépatique, et par suite diffusion anormale ; 3° enfin les troubles dans la transformation de la bile, d'où résulte la diminution dans la quantité consommée dans le sang. Cette triple série des causes de l'ictère suffit-elle pour l'expliquer dans tous les cas, où cette perturbation fonctionnelle se produit ? Nous n'oserions assurément pas l'affirmer, mais nous doutons que personne fût autorisé aujourd'hui par l'observation, quand elle se pique de sévérité, à étendre le cercle de cette pathogénie. Après cette étude étiologique, M. Frerichs achève son travail en examinant successivement l'ictère au point de vue de ses symptômes, de sa marche et de son traitement : cette pathologie générale, si je puis ainsi dire, de l'ictère achevée, il reprend et termine cette intéressante monographie en étudiant à ces divers points de vue la perturbation fonctionnelle dont il s'agit, suivant la nature de la cause qui la produit. Nous le répétons, on ne saurait trop méditer cette étude magistrale où, à côté de l'observation clinique la plus large et la plus sévère, brille la hardiesse circonspecte de la critique la plus judicieuse.

L'acholie, l'atrophie chronique du foie, le foie adipeux, pigmenté, l'hypérémie, l'inflammation hépatique, l'hypertrophie du foie, etc., sont ensuite étudiés dans tous les détails, que l'anatomie pathologique, la microscopie ont accumulés depuis le commencement de ce siècle. Sur plusieurs de ces points, s'il nous était permis de les préciser, nous n'accepterions pas sans réserve les conclusions de l'auteur. Mais alors même que M. Frerichs dépasse, suivant notre humble opinion, les limites de l'induction légitime, son erreur met en lumière des recherches originales dont on devra nécessairement tenir compte, quand le temps sera venu de procéder à une synthèse plus compréhensible que celle dans laquelle nous devons prudemment nous renfermer aujourd'hui.

Après avoir étudié tous ces modes vitaux de la pathologie hépatique, M. Frerichs passe à l'étude des productions pathologiques de nouvelle formation, qui peuvent se rencontrer dans l'appareil biliaire : nombreux, comme chacun le sait, sont ces états morbides,

graves surtout en sont les conséquences. Parmi ces productions pathologiques de nouvelle formation, que l'auteur passe successivement en revue, et à propos desquelles il rapporte un nombreux contingent d'observations particulières, et qui sont pour la plupart tirées de la mine féconde de son expérience propre, nous signalerons l'article consacré aux hydatides, aux échinocoques du foie. La symptomatologie en est admirablement tracée : les indications thérapeutiques qui s'y rencontrent sont posées d'une main ferme et prudente tout à la fois. Ce n'est point, en effet, une chose simple, que d'ouvrir à l'extérieur une voie à des hydatides, même situées à peu de profondeur dans le parenchyme hépatique. Ils ne sont pas très-rares les cas, où l'évacuation violente d'un kyste hépatique renfermant un nombre plus ou moins considérable d'échinocoques, pratiquée dans les conditions en apparence les plus favorables, et par une main habile, n'a eu d'autre résultat évident que de précipiter la terminaison fatale. L'auteur cite à cet égard des faits bien propres à commander la plus grande circonspection. Frappé de ces dangers, mais ne se laissant pas arrêter par la perspective d'une éventualité en définitive peu probable, quand l'opération est jugée opportune par un esprit sagace, et pratiquée par une main exercée, le médecin de Berlin signale quelques tentatives de médecine interne, qui ont eu pour but de faire éviter aux malades les dangers d'une évacuation violente. On sait à cet égard que Baumès a cherché à tuer les hydatides par le calomel, Laennec par le chlorure de sodium, Hawkins par l'iodure de potassium, d'autres par l'huile essentielle de térébenthine, etc. Mais, parmi ces moyens il en est un dont l'auteur nous semble parler un peu trop légèrement, en l'absence d'expériences suffisamment probantes, c'est celui qu'on a tenté en Islande, et qui consiste à tuer les échinocoques du foie par des secousses électriques plus ou moins fortes et prolongées au moyen d'aiguilles implantées dans le kyste. C'est là une vue simple, mais essentiellement rationnelle, que Guérault surtout a fait trop succinctement connaître et qui doit être reprise. En ce moment, où l'on fait de l'électricité médicale à outrance, et où, dans cet ordre de recherches, quelques-uns s'efforcent de refaire une virginité impossible à des idées aussi fausses qu'elles sont usées, peut-être ferait-on bien de reprendre cette vue où Guérault l'a laissée : le résultat, s'il était favorable, vaudrait certes bien la peine des efforts qu'il aurait coûtés.

Pour terminer l'indication critique sommaire des principaux sujets traités dans le savant ouvrage de M. Frerichs, nous rappel-

lerons également ici le chapitre extrêmement intéressant qui y est consacré aux maladies des voies biliaires, et parmi ces maladies à celle dont la fréquence est la plus grande, et qui se lie à la lythiase hépatique. Notre savant confrère de Berlin ne partage ni les craintes excessives, ni la trop grande sécurité que quelques-uns conçoivent et ont formulées dans leurs livres, à l'endroit de l'affection calculeuse de l'appareil dont il est question ici. Il sait, car l'expérience le lui a enseigné, que la présence de calculs multiples dans un point quelconque des voies biliaires peut allumer tout à coup un incendie dont les ravages sont difficilement conjurés ; mais il sait aussi que, dans un bon nombre de cas, et après des orages plus ou moins fréquents, des réactions plus ou moins vives de la sensibilité locale ou réflexes, les accidents peuvent disparaître et ne plus se reproduire. Voilà réellement l'enseignement des faits : le pessimisme et l'optimisme excessifs, dont nous parlions tout à l'heure, n'en sont que l'expression erronée.

Nous ne voulons point clore cette notice, à laquelle nous aurions donné une bien plus grande étendue si nous avions voulu la proportionner à la valeur de l'ouvrage dont nous venons de parler, sans remercier encore une fois MM. Duménil et Pellagot d'avoir, par une traduction aussi correcte qu'élégante, mis à la portée de tous les lecteurs français le travail remarquable d'un des plus éminents médecins de l'Allemagne contemporaine.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Un mot sur le traitement de la colique hépatique. — M. le professeur Trousseau nous communique les passages suivants d'une très-intéressante leçon qu'il vient de faire sur la colique hépatique; nous nous empressons de les mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Dans le traitement de la colique hépatique et des calculs biliaires, dit M. Trousseau, une première question se présente. Un individu a des calculs biliaires, pouvons-nous l'empêcher d'avoir des coliques hépatiques ? Lorsque celles-ci sont déclarées, pouvons-nous espérer les prévenir en agissant sur les concrétions qui les occasionnent, de façon à les désagréger, à les réduire en fragments assez peu volumineux pour qu'ils puissent traverser les canaux cystique et cholédoque sans provoquer des accidents ?

Si je parle d'après mon expérience personnelle, je répondrai à cette question par la négative. Je m'empresserai toutefois d'ajouter

que mon honorable collègue, M. Barth, dont l'autorité scientifique est du plus grand poids, a publié sur ce sujet des faits intéressants qui sembleraient en opposition avec ma manière de voir. M. Barth, en effet, croit avoir obtenu la démonstration que, en intervenant à l'aide de certains médicaments qui communiqueraient à la bile des qualités particulières, on pouvait espérer agir sur les calculs contenus dans la vésicule, de manière à les désagréger et à faciliter leur passage dans l'intestin, sans que ce passage amenât les phénomènes de la colique hépatique.

Cette même thèse a été soutenue par d'autres médecins; ceux-ci, pour arriver à ce but, préconisent les alcalins, qui, s'ils n'ont pas, disent-ils, une action dissolvante sur la cholestérine, s'emparent du moins des matières grasses du sang, les entraînent en les saponifiant, et empêchent leur dépôt dans la bile; de plus, les alcalins, en dissolvant la matière colorante et le mucus, empêchent la formation des concrétions et désagrégent celles qui s'étaient formées en leur enlevant ces deux éléments, de telle sorte que la cholestérine reste isolée et réduite en petits fragments.

C'est encore sur le principe de cette dissolution des calculs qu'était fondé le fameux remède de Durande, qui consiste à administrer aux malades un mélange d'éther sulfurique et d'essence de térébenthine, dans la proportion de 3 parties d'éther pour 2 d'huile essentielle. Tout récemment encore, des médecins proposaient sérieusement l'administration intérieure du chloroforme, parce que M. Gobley avait démontré que les calculs hépatiques étaient plus solubles dans cet agent chimique que dans tout autre.

Je n'ai pas besoin de répéter ce que je pense de ces théories chimiques appliquées aux opérations qui se passent dans le corps vivant. Ces théories, d'ailleurs, de l'avis même des chimistes, tombent ici parfaitement à faux, relativement, du moins, à l'action de l'éther et de l'essence de térébenthine, qui, dans un vase à expérience, et en contact direct avec les calculs biliaires, ne les dissolvent pas, ou ne les dissolvent que lentement, ou qui, introduits dans l'estomac, ne parviennent pas jusqu'à la vésicule biliaire. Il est, d'ailleurs, facile de comprendre que, si dans un verre à expérience et par un contact très-prolongé avec un menstrue au maximum de saturation, la dissolution pouvait être obtenue, il serait absurde de supposer que le même but puisse être atteint avec un dissolvant dilué et modifié si profondément avant d'arriver dans le foie et d'être en contact avec les calculs.

Je rejette ces théories chimiques de la dissolution des calculs

hépatiques, comme je rejette celle de la dissolution des calculs rénaux par les eaux de Contrexeville, de Vals, de Pougue, ou de Vichy. Je nie donc que la médecine ait la possibilité d'agir sur les uns et sur les autres quand ils sont formés ; ce qu'elle peut faire, c'est de solliciter leur expulsion en provoquant les sécrétions biliaires et urinaires, dont les produits tendront à entraîner les concrétions qui se sont formées. Ce qu'elle peut faire surtout, c'est de prévenir le mal qu'elle est impuissante à guérir, d'empêcher la production des calculs, en soumettant le malade à un traitement régulier, dont les alcalins, le chloroforme, l'éther et la térébenthine sont les agents les plus efficaces.

Tant que la sécrétion biliaire reste normale, la bile n'a aucune tendance à laisser déposer les matières solides qu'elle tient en suspension, pas plus que lorsque la sécrétion urinaire reste normale, l'urine ne laisse déposer l'acide urique, les phosphates ou les oxalates qu'elle contient. Ce que nous devons, en conséquence, chercher à obtenir pour prévenir le retour des coliques hépatiques, c'est la régularisation des fonctions du foie, comme pour prévenir le retour des coliques néphrétiques, nous devons chercher à régulariser les fonctions des reins.

C'est en répondant à cette indication que les eaux de Pougues, de Contrexeville, de Vichy, de Carlsbad et de Vals, sont d'une si incontestable utilité dans le traitement de la gravelle biliaire, comme dans celle de la gravelle urinaire.

Sous l'influence de cette puissante médication, bien dirigée, les malades perdent la fâcheuse aptitude qu'ils avaient contractée. Je le répète, ce n'est pas que les eaux alcalines aient dissous les calculs qui s'étaient formés ; elles ont modifié la constitution et, peut-être, les organes sur lesquels elles semblent avoir une action toute particulière, toute spéciale.

Il faudrait bien se garder, cependant, d'abuser de cette médication alcaline. Si on la continuait trop longtemps, on finirait par troubler les fonctions digestives et par épuiser la constitution. Ces médicaments sont de ceux que j'appelle *à longue portée*, donnant à entendre par là qu'ils continuent à agir longtemps après qu'on a cessé d'en faire usage. Ainsi, après une saison passée à Vichy, à Vals, à Carlsbad, à Pougues, à Contrexeville, les malades, sous l'influence de la médication, restent 6, 7, 8, 10 mois, et même davantage, sans éprouver d'accidents.

Il est donc au moins inutile de les maintenir constamment, comme je le vois faire trop souvent, à l'usage des alcalins.

Voici, pour ma part, comment je dirige leur traitement. Lorsqu'un individu est sujet aux coliques hépatiques, je lui prescris de prendre, huit jours de suite, chaque mois, un ou deux verres au plus d'eau minérale naturelle alcaline de Vichy ou de Pougues; puis je le laisse reposer une autre semaine. La semaine suivante, il prend, au début de chacun de ses deux principaux repas, soit des perles d'éther et des perles d'essence de térébenthine du docteur Clertan, soit des capsules gélatineuses de Lehuby, qu'il peut remplir lui-même d'essence de térébenthine et d'éther dans la proportion de deux tiers de celui-ci pour un tiers de l'autre. Chaque capsule contient à peu près 12 gouttes d'éther et 6 d'essence de térébenthine. Le malade en prend ainsi 2, 3, 4; on peut, suivant la tolérance, porter la dose jusqu'à 10 et 12 dans les vingt-quatre heures. Huit autres jours de repos et reprise des boissons alcalines. Cette médication devra être ainsi prolongée pendant quatre, cinq et six mois, alors même que tous les accidents seraient complétement passés.

C'est, on le voit, une association des alcalins et du remède de Durande; celui-ci n'est modifié que dans son mode d'administration. La potion sous la forme de laquelle Durande prescrivait son mélange d'essence de térébenthine et d'éther est d'un goût très-désagréable, et de plus l'essence, ainsi donnée, a l'inconvénient d'irriter le pharynx, l'œsophage, au point qu'on est forcé de ne pas en prolonger longtemps l'emploi. Les capsules, qui sont faciles à avaler et qui ne se dissolvent qu'alors qu'elles sont arrivées dans l'estomac, offrent donc des avantages incontestables. Beaucoup de médecins, se fondant sur les expériences de M. Gobley, remplacent aujourd'hui l'éther par le chloroforme; le mode d'administration est d'ailleurs le même. Je n'ai pas besoin de dire que les proportions entre l'éther et le chloroforme, d'une part, et l'essence de térébenthine de l'autre, pourront varier suivant les aptitudes des malades.

Dans le traitement de l'affection calculeuse du foie, le régime occupe une place importante. Ce n'est pas que, tout en insistant sur la nécessité d'une alimentation végétale, je croie qu'il faille le prescrire à l'exclusion d'une alimentation animale, je dis seulement que ces deux alimentations doivent être sagement combinées. Les malades mangeront de préférence les végétaux herbacés, en évitant le beurre, l'huile, les substances grasses, qui, chez les individus dont le foie fonctionne mal, se digèrent difficilement.

Il faut insister également sur un exercice régulier qui facilite les mouvements de décomposition et de composition organiques, et qui favorise la combustion des matières grasses de l'économie.

Au moment de l'accès de colique hépatique, je ne connais aucun moyen vraiment efficace pour l'empêcher. L'éther et le chloroforme donnés à petites doses, la belladone administrée à l'intérieur, des frictions avec l'extrait de belladone sur la région douloureuse, de grands bains prolongés, sont les seuls moyens qui m'aient paru procurer du soulagement.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Acné rosacea (*Traitement de l'*). L'acné, tout le monde le sait, est une des dermatoses les plus rebelles à tous les traitements. Aussi, nous saura-t-on gré de reproduire la médication et les nombreux remèdes employés depuis quarante ans par M. le docteur Hedenus (de Dresde) :

Contre la simple rougeur du nez occasionnée par une pléthore sanguine abdominale, ce médecin prescrit à l'intérieur la mixture suivante :

Pr. carbonate acide de soude, 3 gros (environ 10 grammes); faites dissoudre dans eau de mélisse 6 onces (200 grammes) ; ajoutez extrait d'écorces d'orange, 5 grammes.

A prendre trois cuillerées par jour.

A l'extérieur, M. Hedenus recommande le laudanum à la dose de 1 gros (3 grammes), avec 4 grains (20 centigrammes) d'extrait de belladone, pour toucher le nez ; il fait ensuite laver le nez et appliquer sur cet organe de petits linges trempés dans l'eau froide, et qu'on renouvelle plusieurs fois par jour.

Quand la potion précitée a été employée pendant quelque temps, il prescrit les formules suivantes :

Pr. bicarbonate de soude, 7 grammes ; poudre de rhubarbe, 5 grammes; ipécacuanha, 25 centigrammes; extrait composé de coloquinte, 1 gramme; extrait de grande chélidoine, q. s. pour faire des pilules de 10 centigrammes.

8 à 10 pilules deux fois par jour.

Il faut joindre à ces pilules l'usage d'une bonne eau et le traitement externe. S'il n'y a pas de changement au bout de six mois, on fait prendre une eau minérale alcaline, les bains de Marienbad ou de Hambourg. Le traitement doit être continué pendant trois ans.

Si la rougeur du nez est entretenue par une disposition scrofuleuse, le petit-lait uni aux sucs végétaux, les bains muriatiques, etc., rendent de bons services.

Comme remède externe, l'auteur recommande la pommade suivante :

Axonge, 2 gros (6 grammes) ; sulfate de zinc, 2 grains (10 centigrammes) ; extrait thébaïque aqueux, 4 grains (20 centigrammes) ; extrait de ciguë, 8 grains (40 centigrammes). Mêlez exactement.

Etendre cette pommade sur un linge et alterner avec des fomentations froides.

Pendant l'hiver, on peut donner à certains intervalles :

Muriate de baryte 1/2 gros (1 gramme 1/2) ; faites dissoudre dans eau de laurier-cerise, 1 once (30 grammes) ; ajoutez essence de ciguë, 1/2 gros (1 gramme 1/2).

Une demi-cuillerée, trois fois par jour, dans une tasse d'eau fraîche. Comme remède externe, les fomentations suivantes :

Acétate de plomb liquide, laudanum, teinture de benjoin, de chaque 1 gramme 1/2 ; alcool, 15 grammes ; eau de fleurs de sureau, 150 grammes.

Ou bien :

Eau plombique, acétate d'ammoniaque liquide, de chaque 30 grammes, étendu de son égale quantité d'eau.

Cette médication compliquée s'applique à l'affection désignée par l'auteur sous le nom de *simple nez rouge*.

Voici maintenant ce qu'il conseille pour la couperose (acné rosacea) :

Extrait de belladone, extrait d'opium, de chaque 15 centigrammes ; onguent au nitrate de mercure, 3 grammes ; huile d'olive, q. s. pour un liniment.

A étendre sur les parties malades avec un pinceau, ou à l'aide de petits linges qu'on laisse séjourner une demi-heure.

Si le moyen ne réussit pas, on emploiera avec précaution une forte so-

lution de sublimé, qu'on appliquera pendant un quart d'heure, deux ou trois fois par jour.

Sublimé corrosif, 20 à 30 centigrammes ; eau distillée, 6 grammes.

Le chlorure de zinc, d'après Hancke, est aussi très-efficace :

Muriate de zinc, 10 centigrammes ; eau distillée, 100 grammes ; acide muriatique pur, 2 gouttes.

Ou bien :

Muriate de zinc, 20 centigrammes ; eau distillée, 38 grammes ; miel rosat, 6 grammes. Pour toucher plusieurs fois par jour avec un pinceau.

A l'intérieur :

Muriate de zinc, 20 centigrammes ; eau distillée, 120 grammes ; acide muriatique pur, 2 gouttes ; une cuillerée à bouche toutes les trois heures. Dans les cas où la peau est très-irritable, l'huile de foie de morue à l'intérieur et à très-hautes doses, jusqu'à neuf cuillerées par jour, rend d'excellents services.

L'auteur recommande aussi l'iodure potassique associé à l'extrait de ciguë, à doses progressives. Il commence par 10 centigrammes deux fois par jour, augmente chaque jour de 5 centigrammes, et arrive ainsi à la dose de 80 centigrammes deux fois par jour ; puis il diminue progressivement les doses jusqu'à ce qu'il soit revenu au point de départ. Pendant ce temps, il applique sur la partie malade, durant la nuit, une pommade au sublimé. (*Deutsche klinik.* et *Gaz. méd. de Paris*, juillet 1862.)

Aniline (*Inefficacité du sulfate d', dans plusieurs cas de chorée*). En publiant, au commencement de cette année, le mémoire du docteur Turnbull sur les propriétés physiologiques et médicinales du sulfate d'aniline, et sur son application au traitement de la chorée (voir t. LXII, p. 97), nous nous sommes implicitement engagé à communiquer ultérieurement à nos lecteurs les faits qui viendraient à notre connaissance, favorables ou défavorables à cette médication nouvelle.

On se rappelle que M. Turnbull avait rapporté plusieurs cas qui témoignaient fortement en faveur de l'efficacité de la substance par lui proposée pour le traitement des affections nerveuses, et principalement de la danse de Saint-Guy. Depuis la publication de son mémoire, les expériences du médecin anglais ont été reprises par un de ses compatriotes, M. le docteur Fraser, à London Hospital. M. Fraser a administré le sulfate d'aniline à cinq jeunes sujets atteints de chorée, savoir : deux garçons de quatorze et dix-neuf ans, et trois filles de douze et quatorze ans, pendant des périodes de temps d'un mois dans deux cas, de dix, quinze et vingt-trois jours dans les autres ; il l'a administré à des doses beaucoup plus considérables que celles indiquées dans le mémoire cité ci-dessus. Dans tous ces cas, l'action physiologique de l'aniline s'est manifestée par la teinte bleuâtre caractéristique des lèvres, de la muqueuse buccale, etc. ; mais dans tous aussi l'effet thérapeutique a été nul. Il a fallu renoncer à l'usage d'un médicament qui, au bout d'un temps assez long, n'avait amené aucun changement dans l'état des malades, pour recourir à un autre moyen, l'arsenic, remède très-employé en Angleterre contre la chorée, et sous l'influence duquel la maladie n'a pas tardé à s'amender. (*Med. Times and Gaz.*, mars 1862.)

Glaucome (*Curabilité du*). L'iridectomie pratiquée souvent contre le glaucome l'a été souvent sans avantage, d'après M. Sichel, parce que le glaucome était complet, et que la perception de la lumière était abolie. Dans le cas, au contraire, où la perception de la lumière persistait, et dans ceux où le glaucome était incomplet, l'opération a pu être suivie de succès, et M. Sichel subordonne essentiellement à cette condition de l'état pathologique la question d'opportunité touchant l'intervention chirurgicale. Loin de concéder à l'excavation de la papille optique l'importance d'un signe constant, exclusif, pathognomonique en un mot du glaucome, il croit que, dans nombre de cas, l'idée de cette altération anatomique (l'excavation) s'est substituée, dans le diagnostic, à celle de la maladie qui affectait réellement l'organe de la vision ; et il explique l'amélioration qu'on aurait obtenue à l'aide de l'iridectomie dans de prétendus glaucomes, par une erreur de diagnostic : il pense qu'on a eu affaire, suivant toute apparence, dans ce cas, à une amaurose cérébrale. Dans l'amaurose cérébrale, en effet, dit-il, si les conditions organiques de la production du mal ne permettent point de demander à l'iridectomie un moyen de guérison radicale, il n'est pas moins possible d'y trouver une source de soulagement, par suite de la déplétion directement provoquée des vaisseaux

profonds du globe. Mais il faut se garder d'inscrire, comme on l'a fait trop souvent, au chapitre du glaucome, une amaurose cérébrale de quelque nature que ce soit, par la seule raison qu'il existe une excavation du nerf optique. M. Sichel réserve, d'ailleurs, son opinion définitive sur le résultat de cette opération, n'ayant eu, jusqu'ici, occasion de la pratiquer que dans des cas où la perception de la lumière était plus ou moins complétement abolie. (*Union méd.*, juin 1862.)

Hernie étranglée (*Emploi local de la glace après l'opération de la*). L'application de la glace, combinée avec la compression, constitue une méthode de traitement de la hernie étranglée, qui a été préconisée par Baudens dans un mémoire présenté à l'Académie des sciences, mémoire dont il a donné un résumé dans ce recueil. (Voir t. XLVI, p. 495 et suiv.) Cette méthode, dont les effets, dit Baudens, sont la sédation de la douleur, le refoulement des liquides, la condensation des gaz contenus dans l'intestin hernié, l'affaissement de la tumeur, et l'enrayement des accidents inflammatoires, s'est montrée efficace, soit entre les mains de son auteur, soit dans celles d'autres praticiens, et a procuré la réduction dans un certain nombre de cas. Mais dans ceux où elle n'amène pas ce résultat si désirable, et où le chirurgien se trouve obligé de recourir à la kélotomie, n'y a-t-il pas d'inconvénients à cesser l'application réfrigérante après l'opération? Sur cette question qu'il s'est posée, M. le docteur Dumas, médecin adjoint à l'hôpital de Cette, a pensé que la suppression brusque de la glace après la kélotomie laissait le malade exposé au danger d'une réaction locale intense, et sans défense contre une inflammation d'autant plus grave qu'elle recevait une impulsion nouvelle de l'ouverture du péritoine; qu'au contraire la continuation de ce moyen plaçait l'opéré dans de favorables conditions, en empêchant, comme auparavant, la péritonite, soit de se déclarer, soit de s'étendre et de se généraliser. En conséquence, dans deux cas où l'application de la glace n'avait pu réussir à amener la rentrée des parties herniées, et où il avait été nécessaire de se décider au débridement, notre confrère a repris cette application après l'opération, dans le premier cas au bout de quelques heures, à cause de symptômes qui donnaient lieu de redouter l'invasion d'une inflammation de la séreuse abdominale, et immédiatement dans le second, où l'on avait trouvé des lésions inflammatoires assez intenses dans les parties déplacées. Dans ces deux cas, non-seulement l'action du froid a été d'une parfaite innocuité, mais encore les accidents redoutables qui avaient commencé à se manifester, se sont calmés et ont disparu, et les malades ont guéri.

L'emploi de la glace, bien autrement hardi, que vient de faire M. Béhier dans un grand nombre de cas de métrite et de métro-péritonite puerpérales, est de nature non-seulement à justifier la conduite de notre confrère de Cette, mais encore à en encourager l'imitation. (*Montpellier Médical*, juin, 1862.)

Plaies gangréneuses (*Emploi de l'extrait de campêche comme désinfectant des*). Depuis quelque temps, on s'efforce de trouver des agents qui aient la propriété de désinfecter les plaies et d'absorber la purulence. M. Desmartis propose l'emploi d'une substance qui possède cette vertu au plus haut degré; il la croit supérieure à tout ce qui a été employé jusqu'ici: c'est l'extrait de campêche (*Hæmatoxylum campechianum*). Le hasard, ce grand inventeur, a conduit l'auteur à cette découverte. Nous avions, dit-il, à soigner des cancéreux qui avaient de vastes plaies ulcéreuses exhalant une odeur des plus nauséabondes; il nous vint la pensée d'employer, comme astringent, sur ces chairs baveuses, d'un aspect repoussant et d'une fétidité plus repoussante encore, une pommade composée de parties égales d'extrait de campêche et d'axonge. Dès lors toute puanteur disparut, et la purulence fut considérablement atténuée. Nous voulûmes cesser pendant quelques heures seulement l'emploi de notre pommade, et presque aussitôt reparurent les émanations méphitiques et une abondante sécrétion purulente. Ces phénomènes se sont reproduits chez divers malades et d'une manière constante, toutes les fois que nous avons renouvelé l'expérience.

L'hæmatoxylum, employé dans des cas de gangrène, de pourriture d'hôpital, fait disparaître le mal comme par enchantement. Nous nous en sommes servi également pour prévenir et arrêter ces érysipèles qui arrivent à la suite des amputations, des blessures, et dont la gravité fait le désespoir des chirurgiens. Sur les cancers ulcérés, à

exhalaisons fétides caractéristiques, sur les plaies les plus infectes, l'état de putridité disparaît : la propriété du campêche est donc antiputride, antiseptique. Cette substance a l'immense avantage de pouvoir être mélangée à des médicaments hémostatiques comme l'eau de pin gemmé, l'ergotine, le perchlorure de fer, le persulfate de fer, etc. On peut encore l'employer en poudre et en lotions. Notons que l'extrait d'hæmatoxylum n'est réellement soluble que dans l'eau chaude; cet extrait est fort utilisé pour la teinture, et son prix de revient est très-minime. (*Répert. de pharmacie*, juin 1862.)

Polype du rectum (*Entérorrhagie suite de*) ; *cause méconnue pendant un an ; guérison par l'ablation de la tumeur*. Dans les cas d'hémorrhagie, ne voir que le fait brut de la perte de sang ne peut conduire qu'à une thérapeutique de hasard. Pour instituer un traitement rationnel et efficace, il faut au préalable se rendre compte de la cause de l'hémorrhagie, reconnaître si elle dépend d'une influence constitutionnelle ou d'une altération locale.

Parmi les causes qui peuvent donner lieu à un écoulement de sang par l'anus, figure le polype de l'intestin. C'est une affection qui n'est pas très-commune; cependant elle se rencontre encore assez souvent dans le rectum, et surtout chez les enfants. Un des principaux symptômes qui se manifestent alors consiste dans des suintements sanguinolents ou de véritables hémorrhagies pouvant donner de l'inquiétude, soit par leur abondance, soit par leurs répétitions, qui à la longue amènent l'anémie et affaiblissent le sujet. C'est donc un point qui ne doit jamais être négligé, que l'examen local dans les cas d'entérorrhagie, surtout si elle se prolonge ou si elle reparaît à plusieurs reprises. L'exemple suivant est instructif par l'opiniâtreté de l'affection tant que l'existence du polype resta méconnue, et par la rapidité de la guérison, dès que la découverte de la cause eut conduit au traitement approprié.

Un enfant de dix ans fut amené à M. Bryant pour une hémorrhagie intestinale dont le début remontait à une année : l'écoulement sanguin ne s'était pas fait d'une manière continue pendant toute la durée de cette période ; mais il revenait fréquemment, et dans les trois derniers mois il avait été très-abondant. Il se produisait du reste indifféremment et pendant l'acte de la défécation et dans l'intervalle des garde-robes. L'enfant avait reçu les soins d'un médecin ; mais celui-ci n'avait jamais procédé à un examen local. D'après les symptômes, M. Bryant soupçonna dès l'abord la nature de la maladie, et une exploration directe vint confirmer le diagnostic. La perte de sang était causée et entretenue par la présence d'un polype du rectum, du volume d'une noix. Le chirurgien l'attira au dehors et y appliqua une ligature. A la suite de l'opération, tous les symptômes cessèrent immédiatement et n'ont pas reparu depuis. (*Med. Times and Gaz.*, mars 1862.)

Sabine et rue. *Leur emploi dans le traitement de la métrorrhagie*. Pendant longtemps la sabine et la rue ont été employées d'une manière purement empirique, soit pour combattre l'aménorrhée, soit pour déterminer, dans des vues plus ou moins avouables, l'avortement ; elles étaient considérées, en un mot, comme douées, d'une manière en quelque sorte absolue, de propriétés emménagogues. Des notions plus physiologiques sur les effets produits par ces deux substances montrent que leur action est relative à l'état dans lequel se trouvent les organes, et que si le plus souvent elles produisent le flux sanguin, elles peuvent, au contraire, dans quelques circonstances l'arrêter. Ces effets varient d'ailleurs avec les doses. C'est ainsi que nous avons publié, il y a quelques années, des faits empruntés à un journal allemand, qui montrent que la sabine a été employée avec succès pour combattre la disposition habituelle aux avortements. Plusieurs cas de métrorrhagie, réunis récemment dans le service de M. Beau, à l'hôpital de la Charité, ont fourni à ce médecin l'occasion de signaler à ses élèves les bons effets qu'il obtient dans ce cas de l'emploi de la sabine ou de la rue.

Une jeune femme de vingt ans, habituellement bien réglée, entre à l'hôpital, ayant depuis dix-huit jours une métrorrhagie de cause inconnue et qui ne s'accompagnait d'autre symptôme que d'une douleur assez vive dans le bassin. Cette femme, malgré cet accident, n'avait pas cessé, jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital, de vaquer à ses affaires. Pensant que dans ces conditions le repos seul suffirait peut-être pour mettre un terme à l'hémorrhagie, M. Beau ne fit d'abord

d'autre prescription que le séjour au lit. Mais l'hémorrhagie n'en continuant pas moins, il eut recours alors au moyen qu'il emploie en pareil cas avec le plus de confiance et qui, suivant lui, n'est pas assez usité : il prescrivit une pilule de 0gr,05 de sabine. Le lendemain l'hémorrhagie était complétement arrêtée ; elle avait cessé peu de temps après l'administration de la pilule ; il continua néanmoins les jours suivants. Après la quatrième pilule, elle put se lever impunément ; l'hémorrhagie n'a plus reparu.

Deux autres malades entrées à peu près en même temps, dont l'une avait vu survenir une métrorrhagie abondante à la suite d'un abus de coït, ont vu cesser immédiatement leur perte, après une ou deux pilules de sabine.

Il y a deux ans, il s'était présenté dans le service une série de métrorrhagies, toutes avaient été également guéries par le même moyen.

Voici comment M. Beau emploie ce médicament. Il prescrit d'abord une pilule de 0gr,05 de sabine. Le plus souvent cette dose suffit pour arrêter la perte ; mais lorsqu'elle résiste, il donne alors deux pilules, une le matin et une le soir. Il est rare que cette seconde pilule ne mette pas un terme définitif à l'hémorrhagie. Ce n'est que très-exceptionnellement qu'il a été nécessaire de répéter cette dose.

Cependant il est des cas où ce médicament échoue ; il change alors et prescrit la rue (une pilule de 0gr,05 de poudre de rue). Ce médicament manque encore plus rarement son effet que la sabine. M. Beau a vu des femmes atteintes de métrorrhagie qui avaient pris sans succès deux pilules de sabine, guérir immédiatement, après avoir pris une pilule de 0gr,05 de rue. (*Gaz. des hôpit.*, juillet 1862.)

Tumeur *adénoïde volumineuse de la région palatine, guérie par l'excision et la cautérisation.* Les tumeurs glandulaires de la région palatine ne sont pas très-communes. Nous en avons récemment rapporté un exemple, et l'on n'en trouve qu'un nombre très-limité dans les annales de la science. Le fait que nous allons rapporter n'a pas seulement l'intérêt de la rareté, il est surtout remarquable par le développement qu'avait pris la tumeur, et par le succès de l'opération laborieuse qui a été pratiquée et qui a nécessité plusieurs temps.

Un homme de cinquante-deux ans alla consulter M. Ansiaux pour une tumeur qu'il portait depuis longtemps à la région du palais ; au début, elle occupait la voûte palatine ; peu à peu elle s'est étendue, surtout en arrière ; enfin, dans ces derniers temps, elle a acquis assez subitement un volume considérable, et a amené quelques troubles fonctionnels ; la respiration se faisait avec difficulté pendant le sommeil ; la parole était embarrassée ; il n'y avait d'ailleurs ni douleur, ni engorgement des ganglions voisins, ni gêne de la déglutition. Au moment de la consultation, la tumeur représentait la moitié ou les deux tiers d'une sphère ayant environ 4 centimètres 1/2 dans son diamètre transversal ; elle était peut-être plus longue encore dans le sens antéro-postérieur, car en introduisant le doigt profondément dans la bouche, il était difficile de s'assurer de sa limite postérieure ; en avant et sur les côtés, elle était parfaitement circonscrite ; lisse dans une grande partie de son étendue, elle offrait sur les côtés et en arrière deux ou trois bosselures ; au toucher, elle donnait une sensation très-nette de dureté, sauf une des bosselures, qui était beaucoup moins consistante, la muqueuse qui la recouvrait était intacte et ne lui adhérait pas.

Le 3 décembre, M. Ansiaux pratiqua l'opération de la manière suivante : Le malade étant assis sur une chaise, en face du jour, M. Ansiaux fait, d'arrière en avant, une incision qui comprend toute l'étendue de la tumeur ; la muqueuse seule est d'abord divisée et un peu disséquée sur les côtés ; la tumeur est ensuite ouverte, et on peut en extraire, mais avec beaucoup de difficulté, et à la suite de tentatives répétées, des fragments assez nombreux d'une matière blanchâtre et d'aspect caséeux. Cette partie de l'opération prend un temps assez long, et comme il s'écoule du sang en certaine quantité et que le malade se déclare fatigué, on se décide à appliquer immédiatement le cautère actuel, ce qui est fait à plusieurs reprises, après avoir pris les précautions nécessaires pour empêcher la lésion des parties adjacentes. Après l'application du feu, l'hémorrhagie cesse ; mais, pour plus de sûreté, on fait tenir au malade un fort tampon de charpie dans la bouche.

Le 6, trois jours après, M. Ansiaux procède à la continuation de l'opération ; au moyen de forts ciseaux et du bistouri, il résèque les parois de la tumeur ; celles-ci étant très-épaisses,

l'excision est difficile, les tissus résistent et ne se laissent diviser qu'avec peine. Après avoir extirpé différentes parties, M. Ansiaux applique de nouveau le cautère actuel.

Le 10, les escarres s'étant détachées en partie, il est pratiqué une seconde excision, suivie encore de la cautérisation au fer rouge; celle-ci dut être répétée un grand nombre de fois, à cause de la persistance de l'hémorrhagie qui finit cependant par céder.

Le 17, la tumeur a considérablement perdu de son volume, mais il en reste encore quelques portions qui n'ont pu être attaquées directement. L'excision est de nouveau pratiquée et suivie de l'application de quelques boutons de feu. Les jours suivants, la tumeur diminue rapidement; on porte derechef le cautère actuel sur les parties encore existantes, et par là on obtient la disparition des dernières traces de la production morbide.

Six semaines après, on put constater la guérison complète; il n'y avait plus trace de la tumeur, et l'état de santé de l'opéré était parfait. (*Presse méd. belge*, juin 1862.)

VARIÉTÉS.

De la restauration du nez.

Parallèle des procédés autoplastiques et des pièces de prothèse (1).

Le mérite principal de notre travail devant être de rassembler tous les procédés qui ont été employés fructueusement pour remédier aux difformités de la face, nous croyons devoir ne pas passer sous silence même les faits exceptionnels. A ce titre, nous rappelons le cas suivant dans lequel le nez présentait une conformation presque semblable à celle du malade de M. J. Cloquet, mais non plus par manque, mais au contraire par excès de développement de la cloison.

Obs. *Difformité du nez par excès de hauteur de la cloison* ; *excision du cartilage* ; *guérison.* — Un jeune homme éperdument amoureux d'une demoiselle, près de laquelle il ne pouvait se faire agréer, finit par découvrir que ce refus obstiné n'avait d'autre cause que la forme disgracieuse de son nez. Il vint trouver Blandin, et après lui avoir expliqué dans quelle situation il se trouvait, le supplia de remédier à sa difformité. Le nez, prodigieusement busqué dans sa partie moyenne, présentait cette courbure particulière désignée sous le nom de *bec à corbin*, mais exagérée et portée à un degré vraiment ridicule. Blandin rejeta d'abord bien loin toute idée d'opération et essaya de lui persuader que son nez n'était pas aussi déplaisant qu'il paraissait le croire : tout fut inutile. Aussi voyant le désespoir profond de ce malheureux et sa résolution bien arrêtée d'attenter à ses jours, dans le cas où toute espérance lui serait enlevée de ce côté, ce chirurgien, l'ayant examiné avec plus d'attention encore, après plusieurs essais sur le cadavre, se décida à tenter l'opération que voici : Il pratiqua sur la ligne médiane une incision, puis, après avoir mis à nu et isolé la lame cartilagineuse perpendiculaire, en réséqua toute la partie exhubérante et réunit ensuite les téguments à l'aide de la suture entortillée, comme pour le bec-de-lièvre. L'opération eut un plein succès, la cicatrice linéaire était invisible, et le nez ramené à des proportions très-acceptables. J'ai souvent entendu dire à Blandin, qui rapportait cette histoire avec complaisance dans ses cours, qu'il n'avait jamais rencontré de malade plus reconnaissant, ni éprouvé, de son côté, de la réussite d'une opération un plus grand bonheur.

Telles sont les principales et les plus nombreuses difformités que le nez puisse présenter. Il en est peu, on l'a vu, auxquelles la prothèse ne sache remédier, et elle le fait souvent avec des avantages incontestables. Les moyens qu'elle em-

(1) Suite et fin, voir la précédente livraison, p. 94.

ploie sont inoffensifs; leurs formes restent celles qu'on leur donne tout d'abord. Les narines demeurent immobiles, je l'avoue; mais à la suite des opérations autoplastiques, les ailes du nez raccoutrées ne sont plus susceptibles de mouvements volontaires, elles cèdent seulement à l'impulsion de l'air dans les expirations un peu fortes. Ces pièces artificielles coûtent un prix peu élevé, elles réclament une couche de peinture toutes les quatre ou cinq années, elles exigent aussi certains soins de propreté; mais que sont ces légers inconvénients en face des dangers des opérations tant soit peu étendues! Quant à ces dernières, si on en excepte les résultats fournis par le procédé de M. Nélaton, elles ne font que substituer le plus souvent une difformité ridicule à une difformité dégoûtante. Le lambeau emprunté au front, tantôt s'atrophie, tantôt s'hypertrophie et présente, à son extrémité, quoi qu'en ait dit Dieffenbach, un pinceau de poils que l'individu doit couper chaque jour, enfin, et par-dessus tout, les dangers auxquels ces opérations exposent les malades.

Laissons la parole à Vidal pour trancher cette question, sur laquelle nous n'hésitons pas à revenir en terminant; on ne nous accusera pas ainsi de partialité. Nous n'avons d'autre but que la recherche de la vérité et de poser l'état réel des diverses ressources de la chirurgie réparatrice, au moment où nous écrivons. L'avenir modifiera quelques-unes de nos conclusions, car la science et l'industrie marchent toutes deux, sinon d'un pas égal, au moins d'une façon non douteuse.

« Une chose qu'on n'oubliera pas avant d'opérer, dit Vidal, c'est qu'il s'agit d'une *opération grave, dont le but n'est pas de guérir une lésion incompatible avec la vie*. La main la plus heureuse, la plus habile, agissant sur le sujet le mieux disposé, ne peut corriger que *très-imparfaitement* une difformité à la vérité hideuse. Les nez ainsi fabriqués ne ressemblent pas mal aux tubérosités de la racine de certaines plantes de la famille des solanées. Ils deviennent toujours plus laids en vieillissant. Ils finissent par se ratatiner, ou bien ils s'aplatissent et ressemblent à ceux de ces vénériens qui ont eu la cloison ou les os détruits; alors les parties molles s'affaissent complétement. Ces malheureux sont horriblement camards et ont une voix nasillarde des plus désagréables. Beaucoup de malades regrettent d'avoir acheté par des dangers, de cruelles et de longues souffrances, un nez si peu présentable : ils préfèrent alors un nez artificiel. :.

« Il y a quelques années un chirurgien étranger, très-habile dans l'art de rapiéceter la face, passa à Paris; il fut reçu par ses confrères comme on reçoit les hommes de talent. On lui chercha des nez à refaire; et il en refit beaucoup en peu de temps, et l'on a avoué *deux morts* sur cinq opérations! Voici un fait qui se rattache à ce voyage, je désire qu'il reste dans la mémoire des lecteurs comme il est gravé dans la mienne. Un infirmier d'un grand hôpital de la capitale (Saint-Louis) avait une perte de substance à l'aile du nez qui l'inquiétait fort peu. Un homme qui se faisait la barbe à peine une fois par semaine, et qui était destiné à vivre avec des malades, ne devait guère tenir à la beauté, à la symétrie des formes. On l'amena à subir une opération dont il ne connaissait nullement les dangers. On ne chercha pas à combler la perte de substance du nez avec la peau voisine. Comme une aile du nez était plus courte, on songea à mettre l'autre de niveau, afin de faire un nez plus court. Pour cela, il fallut fendre cet organe de sa racine à sa pointe, retrancher une partie de la cloison et une partie de l'aile intacte; puis, on pratiqua une infinité de points de suture, et l'on présenta un miroir au malade qui fut effrayé de sa laideur. Le lendemain survint un érysipèle qui se communiqua au cuir chevelu et qui fit perdre le

malade en peu de jours ! Toute réflexion devient inutile, ce fait parle assez haut.

« Cependant si le malade demande à plusieurs reprises la rhinoplastie, et si réellement une difformité hideuse lui rend la vie à charge, après lui avoir fait connaître les dangers et les douleurs d'une pareille opération, on choisit pour remédier à la perte complète du nez la méthode indienne, avec la modification apportée par Blandin quant à la section du pédicule du lambeau. » (*Traité de pathologie externe*, etc., t. III, p. 430.)

Nous croyons avoir démontré que la méthode française ou la rhinoplastie latérale avec lambeaux garni de périoste était de beaucoup préférable et que là était l'avenir de l'autoplastie, pour remédier aux difformités qui ressortissent de l'autoplastie. Si l'étendue de la perte de substance ne permettait pas de combler toute la brèche à l'aide du procédé de M. Nélaton, ne pourrait-on faire appel aux deux méthodes, et dans un premier temps parer à la perte de substance de la racine du nez à l'aide d'un court lambeau, emprunté au front, en ayant soin d'enlever le périoste en même temps que les téguments? La racine du nez reconstituée, on terminerait l'œuvre par la rhinoplastie latérale.

Un fait nous a frappé vivement dans notre enquête et nous devons le consigner ici, c'est la facilité avec laquelle les mutilés se contentent, du moins dans les classes inférieures, des moyens employés pour parer à leur difformité. Ainsi aucun des individus que nous avons vus, à la Salpêtrière et à Bicêtre, porteurs de nez artificiels, n'enviait le sort de ceux auxquels on avait raccoutré le nez, et de même ceux qui avaient subi la rhinoplastie trouvaient leur nouveau nez bien préférable à la pièce artificielle dont leurs compagnons d'infortune devaient faire usage. C'est une grâce d'état; et les effets de cette heureuse disposition d'esprit ne sont détruits dans les classes plus élevées de la société que par les allusions qui se produisent d'autant plus fréquemment que les mutilés vont plus dans le monde. Ils y sont toujours l'objet d'un sentiment involontaire de curiosité qui vient leur rappeler à chaque moment l'existence de leur infirmité; pour leurs intimes, celle-ci devient souvent le but de plaisanteries et de sarcasmes.

Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur: MM. Chailly-Honoré, membre de l'Académie de médecine; Jumigny, médecin en chef des hospices de Bourges; Thévenon et Gauvérit, médecins-majors dans l'armée de terre; Ducher, ancien sous-aide, médecin-adjoint à l'hôpital de Riom, comptant quarante-sept années de médecine exercée gratuitement en faveur des pauvres.

M. Claude Bernard, professeur de médecine au collège de France, professeur de physiologie générale à la Faculté des sciences, est promu officier de la Légion d'honneur.

Par arrêté du 26 mai, M. le préfet de la Haute-Garonne vient de nommer membre du Conseil central d'hygiène de Toulouse : MM. Estevenet, H. Laforgue et J. Delage, en remplacement de MM. Cany et Gaussail, démissionnaires, et de M. Dougnac, dont la délégation est expirée.

M. Rideau, chirurgien principal de la marine, et M. Gaymard, chirurgien de 2e classe, ont succombé à la Véra-Cruz, victimes de leur dévouement à leurs devoirs.

Une correspondance du Mexique avait annoncé que les médecins-majors Verjus et Bintot avaient été faits prisonniers; nous sommes heureux d'apprendre que des nouvelles plus récentes sont venues démentir ce fait.

Pour les articles non signés. E. DEBOUT.



THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Note sur l'emploi de l'alcoolature d'aconit contre la métrorrhagie.

Par M. le docteur Marrotte, médecin de la Pitié.

Semblables aux autres hémorrhagies, les écoulements sanguins de l'utérus ne constituent pas une maladie spéciale; ils ne sont que le symptôme d'une autre affection, d'un élément morbide qui prime les indications. Plus je vieillis dans l'étude et la pratique de la médecine, plus je m'affermis dans la conviction que cette recherche, cette détermination des indications capitales, est la seule voie qui conduise à une thérapeutique rationnelle et efficace.

Soit ignorance de notre part, soit insuffisance de la matière médicale, nous ne trouvons pas toujours les agents complétement appropriés à ces affections élémentaires. Il y a donc intérêt à en augmenter le nombre; non pas que je sois de ceux qui regardent comme impossible de faire de bonne thérapeutique sans un arsenal de drogues nouvelles, fabriquées dans les laboratoires ou apportées de loin. Je pense, à cet égard, comme notre honoré confrère le docteur Fonssagrives, que « la matière médicale contemporaine est engagée dans une mauvaise voie, et qu'elle ferait mieux de consacrer tous ses efforts à étudier les agents dont elle dispose plutôt que de les user dans une recherche aussi stérile qu'ardente de moyens nouveaux. » Ainsi ai-je fait pour l'aconit. Conduit par l'induction, c'est-à-dire prenant en considération les propriétés physiologiques de ce médicament, en particulier son action stupéfiante sur le système capillaire, je me suis demandé s'il ne réussirait pas là où avaient échoué d'autres hémostatiques de l'utérus. Je ne viens donc pas proposer un médicament nouveau, mais une application nouvelle d'un des agents les plus utiles et les plus actifs de la matière médicale.

L'aconit n'est pas plus un spécifique contre la métrorrhagie que la cannelle, l'ergot de seigle, l'uva ursi, l'opium, la saignée et *tutti quanti*. Les hémorrhagies qu'il arrête, dans certaines circonstances, cédent à des agents analogues; lui-même les remplace quelquefois, sans inconvénients; mais il a, en général, ses indications spéciales.

Avant de rechercher ces indications, rapportons quelques-uns des faits où j'ai constaté l'efficacité de l'aconit. L'alcoolature est la préparation dont je me suis toujours servi.

Obs. I. *Syphilis. — Métrorrhagie. — Emploi de l'alcoolature d'aconit. — Guérison rapide.* — Simon Madeleine : vingt-sept ans, fleuriste, tempérament lymphatique, constitution forte; entrée à la

Pitié, le 10 novembre 1861, salle Saint-Paul, n° 32. Cette femme jouit d'une bonne santé habituelle; elle est fortement, mais régulièrement réglée. Accouchée il y a six mois, elle contracta alors une syphilis, dont elle offre actuellement les manifestations secondaires (roséole, angine, ganglions cervicaux, vaginite chronique).

Ses règles ont paru pour la dernière fois le 15 octobre et, depuis lors, l'écoulement sanguin n'a pas cessé d'être assez abondant, et l'engage à se faire admettre à l'hôpital. Je constate l'abondance de cette perte à la présence des caillots assez volumineux, et, comme cette femme est atteinte, en même temps, d'embarras gastrique, je prescris un vomitif, dès son entrée dans mes salles.

12. Chiendent sucré.

13. La perte continue (alcoolature d'aconit, 4 grammes).

14. La perte se suspend (alcoolature d'aconit, 4 grammes, et une pilule de protoiodure de mercure).

15. On cesse l'aconit et on continue la pilule.

La perte a disparu: il ne reste que des douleurs lombaires, et elle demande sa sortie.

Dans cette observation, la syphilis n'a eu évidemment aucune influence sur le développement de la métrorrhagie. Quelle en a été la cause? sont-ce des excès de coït? C'est ce que je n'ai pu savoir; toujours est-il qu'il n'existait aucun état organique de l'utérus capable de l'expliquer.

Obs. II. *Ménorrhagie, suite de fatigues et durant depuis quinze jours, arrêtée dans les vingt-quatre heures par 60 gouttes d'alcoolature d'aconit.* — La femme de chambre d'une de mes clientes, âgée de vingt-cinq à vingt-six ans, d'une constitution faible, d'un tempérament lymphatique et nerveux, sujette à la dyspepsie, avait fait, avec ses maîtres, un assez long voyage, suivi d'un déménagement fatigant au retour. Sous cette influence, ses règles, qui étaient habituellement régulières et ne duraient que quatre à cinq jours, devinrent assez abondantes pour constituer une perte. Lorsque je fus consulté, elles duraient depuis quinze jours, ce qui avait beaucoup fatigué la malade, qui était faible et pâle. Je conseillai 60 gouttes d'alcoolature d'aconit dans un verre d'eau sucrée, à boire en trois fois dans la journée. Le lendemain, tout écoulement sanguin avait cessé, quoique la malade n'eût pas cessé de vaquer à ses occupations. Néanmoins le médicament fut continué deux jours encore, pour éviter une récidive.

Les règles suivantes furent normales.

Obs. III. *Métrorrhagie provoquée par un purgatif et des efforts, durant depuis quinze jours et arrêtée en douze heures par l'alcoolature d'aconit.* — Le 12 mai 1862 entrait dans mon service la nommée Jarreth, cuisinière, âgée de vingt-sept ans. Cette femme paraît assez vigoureusement constituée, malgré sa pâleur actuelle; elle n'a jamais fait de maladie sérieuse et n'a pas eu d'enfant. Ses règles n'ont jamais présenté d'irrégularité.

Il y a deux mois seulement, sans cause connue, elle a éprouvé, dans la fosse iliaque gauche, une douleur, d'abord assez légère, qui s'irradiait dans les reins et dans la cuisse du même côté. Bientôt, cette douleur devint plus vive ; mais la malade, obligée de travailler pour vivre, continua à se livrer à ses occupations ordinaires. La menstruation n'en conserva pas moins sa régularité normale.

Il y a trois semaines, huit jours après la cessation des règles, la malade crut utile de prendre un purgatif (45 grammes de sulfate de soude), et se livra en même temps à des efforts violents. Elle fut prise d'une hémorrhagie utérine intense, au moment où elle venait de gravir quarante marches d'escalier, chargée d'un lourd fardeau.

Malgré cet accident, elle continua de travailler quinze jours encore, l'hémorrhagie persistant avec des différences marquées d'intensité, suivant que la malade se fatiguait ou prenait du repos.

Enfin, épuisée par une perte de sang incessante, Jarreth entra à l'hôpital et fut couchée au numéro 8 de la salle du Rosaire.

Voici quel était alors son état : visage pâle, bourdonnement dans les oreilles, brouillard devant les yeux pendant la station verticale, qui est pénible. L'appétit est diminué, mais non perdu ; selles rares ; bruit de souffle léger au cœur et dans les gros vaisseaux. Le soir, le pouls s'accélère.

En découvrant la malade pour pratiquer le toucher, on s'aperçoit que la chemise est tachée par une quantité notable de sang. Le col de l'utérus est à l'état normal, ni ouvert, ni ramolli ; il a conservé sa direction habituelle. Le corps a son volume ordinaire ; mobile dans tout le reste de sa circonférence, il est manifestement adhérent à gauche ; dans tous les mouvements qu'on lui imprime, il pivote sur un point fixe, placé de ce côté. Il est probable que cette adhérence est le *reliquat* d'une pelvi-péritonite circonscrite, remontant à deux mois et qui a donné, pour tout signe de son existence, les douleurs vives qu'elle a ressenties à gauche, il y a deux mois, et qu'elle ressent encore avec une intensité beaucoup moindre. Par le palper abdominal, à part la sensibilité dans la fosse iliaque gauche, on n'observe ni tumeur, ni même le plus léger empâtement.

Tel était l'état de la malade constaté le 13 mai, à la visite. Prescription : repos absolu au lit ; julep gommeux, additionné de 4 grammes d'alcoolature d'aconit. Le 13, au soir, l'hémorrhagie était arrêtée.

14 et 15. Même traitement. L'hémorrhagie ne s'est pas reproduite. Il en est de même le 16, quoique la malade se soit levée.

Les 18 et 19. Elle descend au jardin avec la même impunité.

Le 20. Suspension de l'alcoolature d'aconit.

Le 23. La malade sort guérie de sa métrorrhagie, mais conservant dans les reins, dans la fosse iliaque et dans la cuisse du côté gauche des tiraillaments douloureux assez vifs.

Obs. IV. *Ménorrhagie pendant l'allaitement. — Emploi de l'alcoolature d'aconit le troisième jour des règles. — Suppression dans*

les vingt-quatre heures. — Mme M***, âgée de trente ans, mère de trois enfants, dont le dernier a six mois, d'une bonne santé habituelle, a été régulièrement et modérément menstruée, avant son mariage.

Quelques jours après son premier accouchement, qui a eu lieu il y a dix ans, elle a été atteinte d'une névralgie lombo-sacrée très-intense, à marche continue rémittente, accompagnée de fièvre et présentant, comme épiphénomène, une perte abondante. Cette maladie a cédé, mais assez difficilement, à l'emploi du sulfate de quinine et des solanées vireuses. Les autres couches n'ont pas été suivies d'accidents semblables. Mais plusieurs fois, des douleurs analogues, quoique moins intenses, se sont manifestées, soit à l'époque des règles, soit dans leur intervalle. Depuis la première grossesse, la menstruation a acquis plus de durée (sept à huit jours) et plus d'abondance. Plusieurs fois, elle a pris les proportions d'une perte, tantôt sous l'influence de douleurs névralgiques, tantôt à la suite de fatigues ou d'émotions morales.

Cette dame, qui ne se préoccupe pas beaucoup de sa santé, est restée longtemps sans me parler de toutes ces circonstances ; une fois cependant que la ménorrhagie se prolongeait et la fatiguait plus que de coutume, elle me consulta, et je lui conseillai l'alcoolature d'aconit (60 gouttes dans un verre d'eau sucrée, à prendre dans les vingt-quatre heures). Cette dose devait être augmentée progressivement, si la perte tardait à s'arrêter.

Cette dame m'avait fait quelques infidélités pour l'homœopathie. J'ai appris tout récemment seulement, et à propos de l'objet principal de cette observation, que l'aconit avait promptement diminué, puis suspendu l'hémorrhagie et qu'il avait produit les mêmes effets dans deux ou trois circonstances semblables.

Cette fois-ci, Mme M*** n'avait pas osé employer l'aconit, parce qu'elle nourrissait et qu'elle craignait qu'il n'exerçât une action fâcheuse sur la santé de son enfant. Elle me raconta qu'accouchée il y a six mois, elle avait revu ses règles au bout de trois mois ; que, depuis leur retour, celles-ci avaient constitué une véritable perte, durant de huit à dix jours, sans douleurs ; que cette troisième fois, elles s'annonçaient avec les mêmes caractères.

Le sang ne coulant que depuis trois jours et voulant modérer l'écoulement, mais non le supprimer, je lui conseillai de prendre dans les vingt-quatre heures la dose de 60 gouttes qui avait déjà modéré, puis suspendu la ménorrhagie, et qui ne devait pas, à ce que je pensais, avoir plus de portée dans un cas où l'écoulement sanguin était plus intense. Contre mon attente, le sang avait complétement cessé de couler, au bout de vingt-quatre heures. Quoique la malade accusât quelques vertiges et du mal de tête, je ne crus pas devoir rien tenter pour rappeler les règles, et je fis bien ; car tous ces accidents se sont dissipés, entre vingt-quatre et trente-six heures.

OBS. V. *Métrorrhagies répétées à chaque époque menstruelle, depuis une dernière couche. — Rétablissement de la menstruation à l'état normal par l'usage de l'alcoolature d'aconit, employée*

pendant trois époques successives. — Mme P***, demeurant à Paris, rue de l'Echiquier, est âgée de vingt et quelques années, et paraît avoir une assez bonne constitution ; mais elle est devenue nerveuse, impressionnable, à la suite de chagrins et en particulier de la mort d'un premier enfant. Il n'y avait eu cependant aucun dérangement de la menstruation, jusqu'à sa seconde grossesse.

Celle-ci s'était accomplie sans accident notable, ainsi que l'accouchement et les suites de couches, jusqu'au premier retour des règles, qui eut lieu au bout de six semaines et qui amena une perte sanguine assez abondante. Il en fut de même les mois suivants. Au lieu de durer cinq jours, comme auparavant, la menstruation persistait de quinze à vingt jours, abondante, avec des recrudescences et des rémissions alternatives, et s'accompagnant de ténesme utérin.

Il en était résulté un affaiblissement notable, de la pâleur et des troubles fonctionnels (vertiges, palpitations, etc.), conséquences de l'anémie.

A la sixième époque, les règles durant déjà depuis huit jours, je fus consulté et je prescrivis 60 gouttes d'alcoolature d'aconit, à prendre en trois fois dans la journée, étendue d'eau sucrée. Le lendemain, la perte était notablement diminuée ; elle était arrêtée à la fin du second jour. Le médicament fut continué deux ou trois jours encore, pour prévenir la récidive.

Aux trois époques qui suivirent celle-ci, l'alcoolature d'aconit fut administrée au commencement du cinquième jour, terme de leur durée normale. Une dose a suffi pour que le sang cessât de couler, et depuis lors la menstruation est restée dans ses limites physiologiques, permettant ainsi à la malade de recouvrer sa santé.

Obs. VI. Mme D***, demeurant rue du Faubourg-Montmartre, âgée de trente-cinq à trente-six ans, d'une faible constitution, éminemment nerveuse, sujette à de violentes attaques d'hystérie, à de la dyspepsie, et à de la leucorrhée, a eu trois enfants, le dernier il y a quatre mois, à quelques années du second. Pendant sa dernière grossesse, elle a éprouvé à deux reprises une attaque de névralgie lombo-utérine, intense et menaçant de provoquer un avortement.

L'accouchement fut facile, mais suivi immédiatement d'une perte abondante, qui se renouvela quinze heures après et fut difficilement arrêtée. La malade resta sujette à des coliques, qui me parurent être des névralgies erratiques, avec ténesme utérin.

Les règles n'ayant pas reparu pendant trois mois et la malade restant faible, décolorée, sans appétit, tourmentée par des spasmes hystériques, je conseillai six pilules d'iodure de fer, chaque jour, et du vin d'absinthe. Une dizaine de jours après l'emploi de cette médication, la menstruation parut, mais très-abondante et dura huit jours, au lieu de deux à trois, terme ordinaire avant la dernière grossesse. La malade ne crut pas nécessaire de m'appeler, aussi n'ai-je appris ces détails que le mois suivant, où le sang reparut avec

une abondance beaucoup plus grande qu'à l'époque précédente et qui constituait une véritable perte. Il coulait depuis cinq jours, lorsque je fus appelé (2 novembre 1861).

Je recommandai le repos absolu dans la position horizontale, que la malade n'avait pas gardé jusqu'alors, et de deux heures après midi à minuit quatre tasses d'infusion d'uva ursi contenant chacune 20 gouttes d'alcoolature d'aconit, tant j'avais hâte de modérer la perte; aliments froids.

Le lendemain, 3 novembre, à dix heures et demie du matin, l'écoulement sanguin était réduit aux proportions de règles très-modérées. La malade se plaignait de rachialgie et de névralgie sus-orbitaire. Elle n'avait pas d'appétit. Prescription : Du matin au soir, boire trois tasses de tisane, additionnées de 20 gouttes ; continuer le repos dans la position horizontale.

Le soir, malgré ma défense expresse, la malade sortit et alla au spectacle ; mais elle fut bientôt forcée de rentrer chez elle, torturée par des douleurs de reins très-vives, exacerbantes, ténesmoïdes, tout à fait analogues à celles de l'accouchement. La malade prit d'elle-même, de neuf heures du soir à neuf heures du matin, quatre quarts de lavement, additionnés de 10 gouttes de laudanum, et obtint ainsi un calme relatif, sans sommeil.

4 novembre. Je vis Mme D*** sur les dix heures du matin ; elle me raconta ce que je viens de dire, ajoutant que les douleurs qui l'avaient si fort éprouvée la nuit précédente n'étaient qu'un degré plus intense de ce qu'elle avait ressenti la veille, quelques heures après l'ingestion des deux premières tasses de tisane et qu'elle avait appelé douleurs de reins, ce qui me fit penser que l'uva ursi n'était pas étranger à ces douleurs. Il est probable, en effet, que ce médicament avait empêché la fluxion sanguine, rappelée par la marche, de se satisfaire, d'où les douleurs ténesmoïdes qui avaient puni la malade de son escapade. Toujours est-il que les douleurs avaient cessé et que l'écoulement sanguin était presque nul. (Trois doses de 20 gouttes d'alcoolature d'aconit dans de l'eau sucrée.)

5 novembre. La malade a pris quatre doses du médicament, parce que la ménorrhagie avait assez notablement augmenté dans la journée ; mais depuis la nuit elle est revenue aux proportions de la veille. Les douleurs ténesmoïdes ont complétement disparu. (Cinq doses de médicament sans uva ursi, à prendre dans les vingt-quatre heures.)

6 novembre. La perte est entièrement arrêtée, la santé s'est peu à peu rétablie, et les règles ont repris, depuis lors, leurs proportions normales.

Obs. VII. — *Métrorrhagie. — Varioloïde intercurrente qui augmente la perte. — Alcoolature d'aconit. — Guérison.* — Cazé, Marie, âgée de vingt-quatre ans, lingère, lymphatique, constitution moyenne ; entrée à la Pitié le 10 janvier 1861. Cette fille est accouchée il y a un mois à l'Hôtel-Dieu. Primipare, elle n'a présenté rien de notable dans le travail ni dans ses suites. Elle sort au bout de quinze jours, n'ayant pas cessé de perdre un peu de sang

chaque jour, et depuis lors elle perd toujours et assez abondamment.

A son entrée, elle était dans un état de fièvre et de malaise général, pour lequel on la reçut dans le service de M. Bernutz (service des femmes en couches), puis les symptômes d'une éruption variolique s'étant montrés, elle passe le 11 janvier dans le service de M. Marrotte.

Le 11 au soir, la fièvre est vive. Il existe une éruption de varioloïde pustuleuse conoïde discrète, plus abondante à la face que sur les membres et le tronc.

Il y a très-peu d'angine; on ne voit rien de particulier sur la gorge; pas de douleurs lombaires; pas d'épistaxis.

La perte continue et a pris des proportions assez considérables. La malade a rendu aujourd'hui du sang et des caillots en grande quantité.

Le toucher, pratiqué avec précaution, découvre un col mou, déchiqueté, sensible, encore un peu volumineux, légèrement entr'ouvert.

L'état fébrile est fortement accusé : anorexie, soif, léger affaissement général.

12. La perte continue, à peu près dans les mêmes proportions; toutefois la fièvre a cessé et les boutons varioliques se développent lentement (alcoolature d'aconit, 3 grammes).

13. Le mieux est sensible; la perte a diminué ainsi que la sensibilité du bas ventre; apyrexie (aconit, 3 grammes).

14. Apyrexie; appétit; l'acumen des boutons s'aplatit un peu; la perte a bien diminué, mais non pas cessé complétement; aussi l'aconit est-il porté à 4 grammes.

15. Les boutons avortent complétement et se sèchent sans s'élargir. La perte a complétement cessé; la malade se trouve très-bien; apyrexie complète (aconit, 3 grammes).

16. La perte ne reparaît pas; l'état général demeure excellent (aconit, 2 grammes).

17. Perte nulle; au toucher on trouve : le col petit, revenu sur lui-même, encore un peu mou, très-légèrement sensible, sans traces de déchiquetures à l'orifice; rien dans les culs-de-sac, ni douleur, ni résistance; un peu de constipation.

19. La malade, se trouvant bien, quoique encore un peu faible, demande sa sortie.

Ainsi, dans cette observation, 10 grammes d'alcoolature d'aconit répartis sur trois jours ont fait cesser une métrorrhagie durant depuis un mois et augmentée par une varioloïde.

OBS. VIII. *Varioloïde compliquée de métrorrhagie.* — Geslain, Augustine, âgée de vingt-six ans, couturière, lymphatique, constitution moyenne; entrée à la Pitié, salle Saint-Charles, n° 15, le 24 décembre 1860. Cette femme était traitée, dans le service, pour une métrite simple, caractérisée surtout par des flueurs blanches, des douleurs abdominales et lombaires, et pour laquelle on employait soit l'alun, soit le nitrate d'argent.

Le 4 janvier au soir, je la trouve dans un état fébrile intense; chaleur générale; rougeur de la face. Les douleurs lombaires ont augmenté et la gorge est un peu douloureuse. Elle avait eu le matin une purgation (huile de ricin, 15 grammes).

Le 5, on trouve une éruption de varicelle pustuleuse conoïde discrète, généralisée et manifeste surtout à la face. Ce même jour commence une perte intense, qui se prolonge tout le jour, avec émission de quelques caillots et d'une grande quantité de sang liquide. (Les règles étaient venues il y a quinze jours.) La fièvre est tombée (alcoolature d'aconit, 3 grammes).

6 janvier. La fièvre est nulle; la perte continue, quoique un peu moins intense; les boutons restent stationnaires (alcoolature d'aconit, 3 grammes).

7. La perte dure encore un peu; elle cesse à peu près complétement dans la journée; il ne reste plus que quelques taches sur le linge (aconit, 4 grammes).

8. La perte étant à peu près nulle, on cesse l'aconit.

13. Le même état persiste jusqu'à aujourd'hui. C'est à peine si quelques gouttes de sang tachent le linge de la malade. Hier elle eut un petit mouvement de fièvre secondaire (de suppuration). L'éruption se développe; les boutons grandissent. L'état général actuel est très-bon.

15. L'application du spéculum montre que le col est demeuré gros; une petite ulcération occupe la partie interne de son orifice. Sécrétion blanchâtre du vagin.

21. Elle ne perd plus du tout en rouge. L'état général est excellent.

23. *Exeat.*

Dans l'observation précédente, la perte était une continuation, une exagération des règles; dans celle-ci, elle constituait une véritable métrorrhagie, c'est-à-dire une hémorrhagie tout à fait indépendante de la menstruation, puisque celle-ci avait paru quinze jours auparavant; dans l'observation VII, la varioloïde avait été l'occasion de la perte; dans celle-ci, elle l'avait provoquée de toutes pièces. Chez toutes les malades de l'hôpital, le toucher a été pratiqué, et nous n'avons pas trouvé de lésion à laquelle se rattachât l'hémorrhagie; car nous ne pouvons attribuer cet effet à l'adhérence qui fixait la corne gauche de l'utérus dans l'observation III : ce n'est pas après la guérison que la pelvi-péritonite provoque les hémorrhagies. Chez les malades de la ville, l'observation V exceptée, c'est par induction seulement que j'ai conclu à l'état d'intégrité de l'utérus; la réserve imposée par la pratique civile n'ayant pas permis d'examen direct.

Les cas que je viens de rapporter ne sont pas les seuls contre lesquels j'aie employé l'alcoolature d'aconit. Ainsi j'en ai fait usage

chez des femmes atteintes d'hémorrhagies épiphénoméniques de névralgies lombo-utérines ; l'aconit me semblait de nature à remplir la double indication fournie par la névralgie elle-même et par l'écoulement sanguin. Mais, soit que le médicament ait été employé à dose insuffisante, soit que la névralgie ne fût pas de nature à céder à l'aconit, je n'ai pas obtenu de résultat de nature à m'encourager à poursuivre mes essais. J'en dirai autant des hémorrhagies liées à la métrite aiguë ou chronique, à la pelvi-péritonite. Le traitement de la maladie a toujours été le meilleur hémostatique. Chez les femmes chlorotiques ou épuisées par des pertes de sang, l'aconit n'a pas eu les effets prompts et évidents que nous avons reconnus dans les observations citées plus haut. Je me suis beaucoup mieux trouvé de la teinture de cannelle. L'aconit a également échoué chez une femme accouchée depuis un mois, chez laquelle l'utérus était le siége de cette congestion atonique, symptôme d'un défaut de contractilité. Il était volumineux (corps et col), mollasse ; le col, gros et entr'ouvert. Vingt-quatre heures après l'emploi du seigle ergoté, l'écoulement sanguin avait diminué de moitié ; il avait cessé tout à fait le troisième jour, quoiqu'il durât depuis un mois.

Il m'a réussi, au contraire, chez une dame de ma clientèle, qui conservait des lochies sanguines une huitaine de jours après la fièvre de lait et qui s'en trouvait fatiguée. N'ayant pas recueilli ce fait avec détails et n'ayant pas eu l'occasion de renouveler l'emploi de l'aconit dans des circonstances semblables, j'attendrai des expériences ultérieures pour apprécier cette nouvelle application du médicament.

Les faits que je viens de rapporter sont insuffisants, par leur nombre et par leur variété, pour déterminer d'une manière positive les indications de l'aconit dans la métrorrhagie ; mais ils autorisent à penser que ce médicament est surtout efficace dans l'hémorrhagie utérine essentielle, c'est-à-dire liée à une simple fluxion et plus spécialement peut-être à la fluxion menstruelle exagérée, lorsque cette fluxion ne se complique pas de congestion assez notable pour exiger la saignée et qu'elle présente un caractère actif ou sthénique. Dans les cas de débilité générale ou d'anémie, la cannelle lui sera préférable ou devra du moins lui être associée. Dans certaines métrorrhagies symptomatiques, elle pourra être un adjuvant utile ; mais le traitement vraiment efficace sera celui de la maladie à laquelle se rattache l'hémorrhagie.

On a pu voir dans le détail des observations qu'une dose de 2 à 4 grammes d'alcoolature était, en général, suffisante pour arrêter

la perte. Dans quelques cas d'hémorrhagies symptomatiques, je l'ai progressivement portée à 8 ou 10 grammes en vingt-quatre heures, sans inconvénients.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Règles pratiques de l'administration du chloroforme (1).

Par M. le docteur HERRGOTT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Aer pabulum vitæ.

Quelle peut être la durée de l'anesthésie ?

Nous ne dirons pas qu'elle peut être indéfiniment prolongée, mais nous ne saurions indiquer une limite de temps précise ; nous avons fait plusieurs opérations de fistules vésico-vaginales dont la durée s'est prolongée pendant deux heures. De temps en temps on donnait un peu de chloroforme pour entretenir l'anesthésie ; nous avons appliqué le forceps chez une femme éclamptique chez laquelle les accès avaient été tenus en échec par le sommeil chloroformique, tout en permettant les contractions utérines et la continuation du travail pendant une durée de *dix-huit heures*. Deux heures après la délivrance la femme s'est réveillée, et de son sommeil chloroformique et de son coma éclamptique. Plus d'un kilogramme de chloroforme avait été employé dans cette chloroformisation prolongée ; chaque fois que son sommeil anesthésique avait eu tendance à cesser, un nouvel accès d'éclampsie avait semblé imminent. Il n'est pas à ma connaissance un cas de chloroformisation aussi prolongée. Pendant tout ce temps, le pouls s'était maintenu régulier ; la respiration, large et profonde, suffisait à l'hématose et à l'anesthésie. La matrice continuait à se contracter régulièrement, le col se dilatait, s'effaçait enfin complétement ; le travail s'avança régulièrement jusqu'au moment où il fut possible de procéder à l'application du forceps, qui amena un enfant qui vit encore. Quant à la mère, elle se rétablit promptement, seulement, elle n'a encore aujourd'hui aucun souvenir de ce qui s'est passé. Je ne parle pas naturellement des cas de chloroformisation ayant duré deux heures ; ils sont trop vulgaires pour que je les mentionne. On a dit : c'est au début qu'arrivent ordinairement les accidents, et, chez tous les individus qui ont succombé, on avait fait usage de quelques grammes à peine, qui

(1) Suite et fin, voir les précédentes livraisons, p. 55 et 109.

avaient immédiatement sidéré les malades. Il ne nous appartient pas de révoquer en doute la sincérité, la bonne foi des auteurs qui ont eu la générosité de publier leurs insuccès ; mais nous dirons que, souvent, nous avons vu arriver des accidents à des périodes avancées des opérations, alors qu'un temps assez long s'était déjà écoulé depuis que les malades avaient été anesthésiés ; mais déjà ces malades, chloroformés avec peu de soin par des aides souvent inexpérimentés et dans des conditions que nous regardons comme essentiellement mauvaises, ces malades, dis-je, au lieu d'être entretenus avec soin et avec peu de chloroforme dans la continuation de leur sommeil, étaient plongés dans un sommeil plus profond, une résolution générale ; alors l'obstacle à l'introduction de l'air s'étant produit d'une *manière silencieuse et non aperçue tout d'abord*, la poitrine continuant ses mouvements, on était demeuré rassuré jusqu'au moment où une pâleur mortelle, succédant à un état violacé de la face, avait averti du danger que le malade avait couru et qui avait déjà entraîné un commencement de syncope et presque la mort ; le soulèvement de la base de la langue fait alors, pendant une de ces inspirations qui allait être la dernière, comme dit M. Ricord dans son langage pittoresque, ce soulèvement de la langue, fait en ce moment, permit au malade de recevoir encore *de l'air*, la seule chose qui pût le sauver en ranimant l'hématose prête à être suspendue. Ces faits, dont nous avons été témoin, nous ont donné depuis longtemps la conviction profonde de la nécessité de cette manœuvre pour sauver les malades arrivés à cette période.

Réveil des malades. — Il suffit de cesser les inhalations pour voir survenir le réveil des malades ; celui-ci est ordinairement immédiatement précédé des efforts de vomissement, et, quand ces efforts se montrent et que le vomissement a lieu, on peut être assuré que les malades vont se réveiller ; ils restent encore pendant quelques instants tranquilles, les yeux fermés ; ils ne prennent pas encore part à la conversation, mais ils ont conscience de ce qui se passe ; peu à peu ils se réveillent, ne conservant après les vomissements aucun souvenir de ce qui s'est passé. Telle est la marche normale des choses, qui impose toutefois au chirurgien quelques précautions qu'il est utile de signaler. Ainsi, il ne devra pas quitter le malade avant qu'il soit revenu à lui, et avant de s'être assuré complétement que la respiration et la circulation, mais la respiration surtout, qui tient la seconde fonction sous sa dépendance, ne soient revenues à l'état normal, à leur régularité parfaite.

Il est des malades, rares il est vrai, mais il en est quelques-uns

qui conservent un état de prostration assez considérable, dont il est bon de les tirer par une petite dose de vin ou de tout autre stimulant diffusible ; souvent aussi les malades ont eu à subir une opération fort grave ayant entraîné une perte de sang fort importante. Dans ces cas, il est bon de les relever par les moyens ci-dessus indiqués et en ayant soin d'appliquer des linges chauds à la région précordiale et sur les extrémités. On comprend qu'une partie des accidents consécutifs dans ces cas, et la majeure partie de ces accidents se rapporte à l'hémorrhagie et aux lésions qui ont constitué l'opération plus ou moins grave que le malade a eu à subir. Quand ces conditions n'existent pas, les malades se réveillent sans éprouver cette prostration dont on a beaucoup parlé, en attribuant son origine à l'emploi du chloroforme, tandis qu'elle appartient à l'opération et à l'hémorrhagie qu'elle a entraînée. Cette hémorrhagie prédispose à la syncope, comme on sait ; aussi est-il indiqué de chloroformer avec soin dans les cas où les malades doivent perdre beaucoup de sang.

Quels sont les accidents qui accompagnent l'administration du chloroforme ?

Au début de la chloroformisation, les malades toussent quelquefois avec assez de persistance et d'opiniâtreté. Cet accident léger et de peu d'importance tient à deux causes : ou bien à l'emploi d'un chloroforme qui renferme un peu de chlore ou d'acide chlorhydrique libre, qui, par conséquent, a été mal purifié ou purifié avec l'acide sulfurique. Dans ces cas, la toux n'est pas facile à modérer, car le contact de ce gaz est très-irritant pour les voies aériennes, même à une dose minime, ce qui impose l'obligation de n'employer qu'un chloroforme pur, présentant les conditions que nous avons exposées plus haut ; ou bien la toux résulte d'un manque de précautions dans l'emploi du chloroforme au début des inhalations. Il est très-important d'habituer les voies aériennes au contact de ces vapeurs, et cette habitude se prend assez vite quand on use de ménagements. Une excellente précaution consiste à respirer soi-même dans la rosette chargée de chloroforme. De cette manière on peut très-bien apprécier la densité des vapeurs compatible avec les premières inhalations. En somme, cet accident est minime, et il n'entraîne aucune gravité, il peut tout au plus rendre la chloroformisation plus ennuyeuse, plus pénible, pour le malade et pour le médecin.

Quand les malades ont fait quelques inspirations, ils éprouvent quelquefois une hypersécrétion de la muqueuse de la bouche et des

glandes salivaires. Une salive abondante inonde leur bouche, mais les malades ont encore assez de conscience pour la cracher le plus souvent ou pour l'avaler ; cette hypersécrétion des liquides buccaux disparaît ordinairement quand la chloroformisation est plus avancée, et même quand celle-ci est plus avancée, la synharmonie des muscles de la déglutition est suffisamment conservée, pour qu'il ne soit pas à craindre que ces liquides ne s'introduisent dans les voies aériennes, ce qui pourrait seul causer quelque danger ; mais le danger de l'obstruction des voies aériennes ne vient pas de ce côté. En somme donc, cette salivation n'est pas un accident ; c'est tout au plus un phénomène secondaire de la chloroformisation, phénomène qu'il est bon de connaître, comme tout ce qui tient à l'administration du chloroforme, mais qui n'est aucunement redoutable.

On a attribué à la présence de ces liquides dans les voies aériennes le stertor de la respiration qu'on entend quelquefois. Nous croyons que ces liquides ne jouent qu'un rôle secondaire dans la production de ce phénomène.

Trouble de l'hématose. — Il peut se produire, ainsi que l'a établi M. Maisonneuve, avec l'autorité qui lui appartient en pareille matière ; il peut se produire, dans les diverses périodes de la chloroformisation, un trouble profond de l'hématose, qui est, selon nous, l'accident capital qui cause la mort des malades. Il mérite que nous nous y arrêtions, pour étudier les divers mécanismes de l'asphyxie.

Au début de la chloroformisation, il peut se faire que l'appareil mal disposé, que la compresse trop chargée dégagent des vapeurs chloroformiques en telle abondance qu'elles laissent une place insuffisante pour l'air. Le malade respire, il respire largement, et précisément pour cela, il inspire des gaz impropres à l'hématose, et au bout de peu d'inspirations, c'en est fait, le cœur, ne recevant pas plus que le cerveau un sang suffisamment excitable, cesse de battre, le malade succombe très-rapidement. Les expériences de Snow démontrent dans quelles proportions les vapeurs chloroformiques peuvent être mélangées à l'air pour être impropres à l'hématose. Un grand nombre de malades ne sont-ils pas morts de cette manière ? Le cri fatal : « J'étouffe », jeté par un si grand nombre de malades n'accuse-t-il pas suffisamment le mode de terminaison de la vie ? Qu'on n'aille pas croire que, parce qu'un temps très-court s'est écoulé, l'asphyxie n'a pas pu produire une syncope mortelle. Des expériences nombreuses prouvent avec quelle rapidité meurent les individus asphyxiés par des gaz impropres à la respiration. Ce fait

de l'asphyxie, au début de la chloroformisation, par substitution des vapeurs de chloroforme à l'air, ou par leur mélange en trop considérables proportions, ce qui est identiquement la même chose, et les faits analogues sont si nombreux, qu'il serait fastidieux de les invoquer pour en faire la démonstration. Quelques grammes de chloroforme sur un mouchoir, ou plutôt dans un appareil, prennent en se volatilisant un volume considérable et plus que suffisant pour opérer cette fatale substitution. Qu'on n'aille pas attribuer à un effet spécial du chloroforme, à une action mystérieuse sur le cœur, l'effet de cette suspension de son action. La rapidité avec laquelle les individus plongés momentanément dans une asphyxie presque complète dans cette période reviennent à eux, ne se doutant pas du danger qu'ils viennent de traverser, contredit formellement cette interprétation. Ainsi, les premiers troubles de l'hématose peuvent se produire par substitution des vapeurs de chloroforme à l'air respirable.

L'hématose peut être troublée d'une autre manière, à une époque plus avancée de la chloroformisation ; quand ils ont traversé la période d'excitation, les malades éprouvent ordinairement un spasme général de tous les muscles, et notamment aussi de ceux du larynx ; ordinairement le spasme de la glotte dure peu, il est vrai, mais s'il se prolonge, le malade devient bleuâtre et présente sur son visage même les signes d'une hématose suspendue. Cet état doit cesser au plus tôt ; nous verrons plus bas comme on le fait cesser. Ainsi que nous l'avons déjà dit, il est ordinairement suivi d'une profonde inspiration, puis d'une seconde, etc. Si, dans ce moment, ainsi que nous l'avons vu faire, on veut abréger le temps de la chloroformisation en élevant les doses de l'agent, on peut encore asphyxier le malade. Au commencement d'asphyxie par suspension de la respiration, on peut substituer alors facilement une asphyxie complète par les vapeurs chloroformiques condensées, comme nous venons de le voir plus haut, et, dans ce cas, la mort sera très-prompte encore. Il faut donc abréger ce moment de spasme et laisser dissiper par une ou deux inspirations d'air pur, le commencement d'asphyxie qui a été le résultat de la suspension de la respiration. Le trouble de l'hématose peut encore survenir plus tard d'une autre manière. Il est des individus chez lesquels, quand ils sont arrivés à un certain degré d'anesthésie, la respiration se fait toujours difficilement et en s'accompagnant d'un bruit d'arrêt rauque. Est-ce, comme l'a prétendu M. Chelius, l'épiglotte qui se renverse en arrière sur la glotte et y fait l'office de soupape ? Nous ne le pensons pas ; toujours

est-il que ces individus ne respirent bien que quand on tient le doigt presque constamment sur la base de la langue, pour la pousser en avant. Une respiration aussi gênée que celle dont nous venons de parler est de nature à entraîner aussi l'asphyxie au bout de quelques temps; mais quand le doigt est maintenu appliqué sur la base de la langue, le malade continue ordinairement à faire de profondes inspirations.

Enfin, le trouble de l'hématose peut arriver à une période plus avancée encore, à la période de résolution complète, par le tassement de la langue contre la paroi postérieure du pharynx, constituant alors un véritable opercule fermant complétement l'accès de l'air, comme un chiffon de linge mouillé introduit dans cette région. Ce mécanisme est facile à comprendre; il résulte de la résolution, de la flaccidité des muscles qui maintiennent la langue en avant. Cet accident se produit de la façon la plus inattendue, et nous croyons que, dans un certain nombre de cas, il s'est produit à l'insu de ceux qui en ont été témoins. Voici, en effet, comment la chose se passe: le malade est profondément endormi, comme, chez un grand nombre des malades, la respiration se fait sans qu'on l'entende, on ne se préoccupe pas de ne pas entendre respirer le malade; on voit fonctionner les muscles inspirateurs, les côtes, le diaphragme, cela suffit pour rassurer le chirurgien et les assistants; mais bientôt le malade devient bleuâtre, puis rapidement d'une pâleur mortelle, son pouls baisse et cesse d'être perceptible, mais les mouvements respiratoires se font encore. Alors commence l'emploi de la série des excitants contre lesquels l'anesthésie a complétement prémuni les malades, et qui sont, hélas! inutiles, ainsi que tout le reste, si ce n'est peut-être l'*inspiration artificielle* par les mouvements des côtes ou l'inspiration bouche à bouche et la trachéotomie, qui ne peuvent sauver le malade qu'en produisant ou en permettant l'introduction de cet atome par lequel s'entretient la vie; le moyen cependant de le sauver était bien facile: il fallait attirer et maintenir en avant cette langue, que la flaccidité des muscles génioglosses, impuissants à la maintenir en place, laissait tomber en arrière comme un bouchon ou une soupape sur l'ouverture du larynx.

L'ignorance de la vraie cause de la mort dans cette période avancée de la chloroformisation a engendré une foule de théories.

Il suffit d'avoir vu ressusciter un certain nombre de malades tombés dans cet état, pour donner à ces faits une autre interprétation, bien plus inattendue et plus consolante aussi. Est-ce à dire que nous voulions nier cette action profonde et puissante du chloroforme

sur le cerveau et sur le cœur? Loin de là; nous la croyons réelle; mais nous croyons aussi que la même inspiration qui introduit le poison dans l'économie peut y introduire le contre-poison, et que, pour que le premier ne tue pas, le second doit être admis avec lui.

Una manus vobis vulnus opemque feret,

a dit le poëte; ne l'oublions pas un instant, n'oublions pas surtout que l'aliment de la vie, c'est l'air. Si donc vous voulez que cette flamme divine ne s'éteigne pas, fournissez-lui amplement ce qui est nécessaire à son entretien, et qui est la condition indispensable de son existence; répétons ici avec une nouvelle énergie l'axiome placé en tête du travail : *Aër pabulum vitæ*; cet axiome est l'âme de notre travail, comme la pensée qu'il exprime est la condition du salut du malade. Que chaque praticien, en administrant le chloroforme, ait devant ses yeux cette pensée salutaire, qu'elle soit son guide, elle aura pour résultat de faire en sorte que l'anesthésie, n'étant plus attristée par de lamentables revers, devienne la plus magnifique et la plus bienfaisante conquête de ce siècle, l'accomplissement du vœu des opérateurs de tous les temps, et, pour le médecin, le plus grand de ses priviléges ; car : *divinum est sedare dolorem.*

Il est un dernier accident qui *suit souvent* la chloroformisation la mieux conduite et qui, par sa persistance, peut entraîner un état de souffrance très-incommode, et même grave, *ce sont les vomissements;* ils arrivent ordinairement quand il a été nécessaire de maintenir le sommeil pendant un temps fort long. Ces vomissements n'ont jamais, à ma connaissance, été la cause d'accidents mortels, mais ils ont quelquefois apporté à l'état déjà grave de certains opérés leur contingent d'aggravation évidente; l'air frais, l'abstinence d'aliments, de boissons, un peu de glace prise en morceaux, le repos, le silence et l'obscurité sont les moyens dont on peut faire usage pour les combattre; mais ils se dissipent ordinairement spontanément avec les derniers vestiges de l'ivresse chloroformique dont ils sont l'effet.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Préparation de l'extrait hydro-alcoolique de fucus vésiculosus.

Les publications du docteur Duchesne Duparc et ses observations sur les propriétés résolutives du fucus vésiculosus ont provoqué chez un grand nombre de praticiens le désir d'expérimenter ses propriétés. L'essai de son emploi contre l'obésité, proposé par l'auteur, devait,

à juste titre, être accueilli favorablement, car, dans l'état actuel de la science, tous les moyens proposés (quand ils réussissent), compromettent plus ou moins gravement la santé des malades.

L'attrait de la nouveauté donnera lieu à de nombreuses demandes; c'est pour y satisfaire que je me conforme à l'indication de l'auteur, qui désigne l'extrait hydro-alcoolique comme étant la forme pharmaceutique la plus convenable pour l'administration de ce médicament. Il appartenait aux pharmaciens de combler la lacune que laissait cette indication insuffisante.

Les plantes marines plongées dans un milieu éminemment dissolvant devaient nécessiter l'emploi d'un procédé d'extraction différent de celui employé pour les plantes terrestres.

La maturité, pour les plantes marines comme pour les plantes terrestres, doit être prise en grande et sérieuse considération. C'est à ce double point de vue de la récolte et de l'extraction que j'ai dû faire quelques recherches ; les résultats que j'ai obtenus me déterminent à publier le procédé que j'ai suivi; il servira peut-être à éviter à mes confrères les tâtonnements et les expériences que j'ai dû faire.

Le fucus vésiculosus atteint, dans notre climat de Bordeaux, son complet développement vers la fin de juin ou le commencement de juillet; c'est à cette époque que commence à se manifester la déhiscence des conceptacles qui renferment les thèques. Cette époque de la fructification est la plus convenable pour la récolte de la plante. Celle-ci, recueillie, doit être séchée rapidement au soleil. J'insiste sur ce mode de faire, car, par la dessiccation à l'étuve, la plante ne devient jamais friable, conserve des propriétés hydroscopiques qui influent d'une manière fâcheuse sur les résultats de l'opération, et favorise l'introduction, dans l'extrait, d'une notable quantité de matière gélatineuse, au détriment des principes extractifs actifs.

La plante, desséchée au soleil, et ayant acquis une extrême friabilité, est mise en poudre grossière, puis traitée par environ quatre fois son poids d'alcool à 86 degrés centésimaux. On l'exprime après trois jours de macération, et le marc est soumis à deux traitements successifs avec l'alcool à 54 degrés. Les liquides alcooliques et hydro-alcooliques sont mélangés, puis filtrés; l'alcool est retiré par la distillation, et le résidu est amené par l'évaporation à la consistance d'extrait. Cet extrait est soluble dans l'eau légèrement alcoolisée et représente le quinzième du poids de la plante employée; il a une saveur salée, *sui generis*, qui n'a rien de désagréable et rappelle celle du fucus vésiculosus.

C'est avec cet extrait que j'ai préparé des pilules, dans les proportions suivantes :

Extrait hydro-alcoolique de fucus vesiculosus...	30 grammes.
Poudre impalpable de fucus vesiculosus........	5 grammes.

Mêlez et divisez en pilules de 25 centigrammes, que l'on roule dans la poudre de cannelle.

On commence par trois pilules par jour et on augmente progressivement jusqu'à vingt-quatre. Cette dose a été souvent atteinte sans produire le plus léger dérangement de l'estomac. DANNECY,

pharmacien des hôpitaux civils de Bordeaux.

Formule contre la carie dentaire.

Suivant M. Becquet, le moyen le plus simple de rendre le nerf dentaire insensible dans les cas de carie, est la préparation suivante :

Acide arsénieux..............................	1 partie.
Morphine....................................	2 parties.
Créosote....................................	Q. S.

Mêlez.

On introduit un peu de cette pâte dans la dent cariée, préalablement nettoyée, et on la recouvre de mastic en larmes. Au bout de vingt-quatre heures la dent est devenue et reste insensible.

Un mot sur la conservation des graines de citrouille.

Depuis plusieurs années on constate chaque jour, par de nombreuses expériences, que la graine du *cucumis pepo* jouit de la propriété de combattre le ver solitaire, et qu'on peut actuellement ranger cette substance parmi les ténifuges indigènes ; il est donc essentiel de noter que quelques-uns des insuccès qui sont résultés de l'emploi de ce médicament pourraient bien être attribués à son mauvais état de conservation.

En effet, le commerce de la droguerie ne délivre aux pharmaciens que des graines de citrouille mondées de leur enveloppe ; il en résulte que les embryons, qui sont presque entièrement composés d'une huile fixe et d'émulsine, s'altèrent promptement au contact de l'air atmosphérique, en contractant une très-grande rancidité, rancidité qui doit nuire à leur action thérapeutique, tout en leur communiquant d'autres propriétés qui sont dangereuses pour le malade.

Nous engageons donc ceux de nos confrères qui n'auraient pas,

la possibilité de récolter et de sécher eux-mêmes les graines de citrouille qu'ils destinent à des emplois médicinaux, de n'accepter que celles qui seraient dans leur entier, c'est-à-dire dans lesquelles l'embryon homotrope de chaque graine sera revêtu de l'épais tégument que la nature lui a donné. Stanislas MARTIN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Remarques sur un cas d'éclampsie survenue pendant le travail de l'accouchement et traitée avec succès par les moyens antiphlogistiques et l'emploi d'une potion contenant quelques gouttes d'ammoniaque, comme dans le traitement de l'ivresse alcoolique.

Je viens d'observer un fait de convulsions survenues pendant le travail d'un accouchement difficile, sur lequel je désire appeler un instant l'attention des lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique*. Les motifs qui m'ont porté à publier cette note sont les suivants :

1° Pour guérir cette éclampsie j'ai employé, en même temps qu'un traitement antiphlogistique énergique, une potion contenant quelques gouttes d'ammoniaque liquide, me rappelant que cet agent guérissait souvent la congestion cérébrale qui accompagne l'ivresse alcoolique. Comme le résultat de cette tentative a été excellent, je le livre à la publicité, afin que d'autres praticiens essayent à leur tour l'ammoniaque en pareilles circonstances, et publient les effets qu'ils en obtiendront pour qu'un jour nous soyons tous édifiés, et sachions à quoi nous en tenir sur cette idée thérapeutique, qui consiste à comparer, sous le rapport du traitement, *l'ivresse* que l'on pourrait appeler *éclamptique à l'ivresse alcoolique.*

2° En second lieu, je publie cette observation parce que, comme chacun le sait, l'éclampsie étant une maladie rare, les médecins qui en observent des exemples ne doivent pas, à notre avis, laisser échapper l'occasion de faire profiter leurs confrères de ce que chaque fait peut présenter d'intéressant. La rareté de cette maladie, disons-nous, personne n'en doute. On peut lire, en effet, dans le livre de M. Cazeaux, que, sur plus de 2,000 accouchements, cet auteur distingué, trop tôt enlevé à la science, n'a observé que trois cas d'éclampsie ; que M. Velpeau, sur 1,000 accouchements, n'en a rencontré aucun cas. Cependant, en consultant les relevés fournis par Mme La Chapelle, Merriman, Ryan, Pacoud de Bourg, etc., il y aurait à peu près un cas d'éclampsie sur 200 accouchements. La pratique des principaux accoucheurs de la Grande-Bretagne fournirait envi-

ron un cas de convulsion sur 485 accouchements. La sage-femme qui nous a fait appeler pour le cas que nous publions aujourd'hui, et qui depuis quinze ans exerce dans la même ville que nous, ville de 3,000 âmes, n'en a rencontré encore que deux cas, et elle fait environ 50 accouchements par année, ce qui équivaut, comme l'on voit, à deux cas pour 750 accouchements.

3° Nous publions également le fait actuel, parce que la femme qui est le sujet de cette observation n'était nullement rachitique ni mal conformée ; elle était seulement très-petite. Comme elle avait un enfant très-volumineux, qui pesait 4k,500, ou 9 livres, disons-le de suite, c'est seulement à la disproportion entre le bassin de la mère et la tête de l'enfant que nous attribuons la difficulté du travail ; la violence des efforts ont amené la congestion cérébrale, et, partant, les convulsions éclamptiques. « Rien, disait devant nous la sage-femme qui assistait notre malade, ne pouvait faire prévoir les accidents qui sont survenus, car les jambes n'étaient pas infiltrées. » Et cependant, pendant la grossesse, la distension du ventre était si grande, que plusieurs parents de la malade pensaient qu'elle aurait deux enfants. En outre, on savait que la malade était très-sujette à de violents accès de colère qui, avec des efforts énergiques pendant un accouchement très-laborieux, pouvaient amener une congestion cérébrale et des convulsions. Nous insistons à dessein sur ces derniers détails, parce qu'il nous semble maintenant que, dans des circonstances semblables, savoir : *petite stature, distension énorme du ventre, disposition facile à la colère*, un traitement préventif, consistant en une saignée de précaution, pourrait peut-être empêcher l'éclampsie ; l'infiltration des jambes et le rachitisme n'étant pas les seuls signes qui puissent faire craindre les convulsions.

4° En dernier lieu, comme la femme et l'enfant ont été sains et saufs dans le fait que l'on va lire, et que, d'une autre part, le pronostic de l'éclampsie est toujours très-grave, d'après tous les auteurs de traités d'accouchements que j'ai entre les mains, ce double succès m'encourage encore à conseiller à nos confrères de vouloir bien essayer le traitement antiphlogistique énergique et l'emploi de l'ammoniaque liquide dans des cas semblables au nôtre.

Quant à cette gravité du pronostic de l'éclampsie, il n'est pas besoin d'y insister beaucoup ici, elle est connue de chaque praticien ; il suffira de dire que M. Cazeaux établit, en se fondant sur l'autorité si compétente de Mme La Chapelle, que :

(*a*) La moitié des femmes qui en sont affectées succombent, soit pendant les crises de convulsions, soit pendant le coma qui leur

succède, ou enfin à la suite d'une apoplexie qui en est la conséquence ;

(*b*) Que le pronostic, grave pour la mère, l'est aussi pour l'enfant, puisque, sur 51 enfants cités par Merriman, 34 succombèrent, et 17 seulement naquirent vivants.

Dans ces remarques préliminaires, si je n'ai pas parlé de l'application du forceps, qui a été faite aussitôt que la chose a été possible, c'est afin de ne pas distraire l'attention du lecteur de l'idée principale que je désire mettre en relief, c'est-à-dire, je le répète en terminant, que, dans ce cas, l'éclampsie a été considérée comme ivresse alcoolique, et traitée avantageusement par des moyens antiphlogistiques et une potion contenant quelques gouttes d'ammoniaque.

Un fait isolé, dira-t-on, ne suffit pas pour juger une médication, et peut-être d'autres auteurs ne recommenceront-ils pas le même essai thérapeutique dans la même maladie ; qu'importe? si ce fait les engage à essayer l'ammoniaque dans d'autres congestions cérébrales. Alors nous penserons ne pas avoir perdu notre temps en publiant cette observation.

Obs. *Eclampsie pendant et après le travail : treize accès de convulsions, quatre avant l'accouchement et neuf après la délivrance ; accouchement avec le forceps appliqué dans l'excavation à six centimètres au-dessus de la vulve ; trente-neuf heures de travail. Pour traitement : trois saignées et application de sangsues derrière les oreilles pendant les seize premières heures, et emploi simultané d'une potion contenant cinq gouttes d'ammoniaque. — Retour complet à la santé, juste vingt-quatre heures après l'accouchement. — Enfant vivant et qui, lui, n'a pas eu de convulsions.* — La nommée C. D***, âgée de vingt ans, demeurant à Amblainville, commune du canton de Méru (Oise), est une femme de petite taille, qui n'a que 1m,52 de stature : elle est très-bien constituée, nullement rachitique, d'un tempérament pléthorique, elle saignait souvent du nez. Elle était toujours très-régulièrement et très-abondamment réglée, pendant quatre ou cinq jours ordinairement. Elle s'est mariée à dix-sept ans. Elle n'avait jamais eu, avant l'époque actuelle, aucune maladie. Elle est primipare : la gestation s'était accomplie très-régulièrement; la malade n'a vomi que pendant les deux premiers mois; le sommeil était excellent, excepté pendant les derniers quinze jours; l'appétit était très-vif, et la malade mangeait beaucoup plus qu'en bonne santé, aussi était-elle très-grasse : elle n'a jamais eu de varices aux jambes, ni les jambes infiltrées, ni de dyspnée, ni, en un mot, aucun accident réclamant l'emploi d'une saignée pendant sa grossesse.

Cette malade, nous dit son mari, est d'un caractère irascible et très-impressionnable ; et, deux jours avant d'accoucher, à la suite d'une

querelle avec sa mère, elle avait versé d'abondantes larmes, puis avait eu un grand mouvement de colère... Pendant le travail, vers quatre heures du matin, la malade eut encore une grande contrariété, quand sa mère voulut la quitter pour aller prendre un instant de repos ; c'est alors que la sage-femme qui l'assistait s'aperçut que le cri devenait impatient et la parole traînante, embarrassée, comme chez les gens ivres, et à ce cri la sage-femme commença à craindre l'apparition des convulsions ; et, en effet, elles ne tardèrent pas à apparaître.

Le 20 mai 1862, les douleurs de l'enfantement commencent à quatre heures du soir, et le 22 mai, à sept heures du matin, c'est-à-dire au bout de trente-neuf heures, le travail, qui n'a pas cessé d'un instant, n'est pas encore très-avancé, puisque la tête n'est encore qu'au milieu de l'excavation pelvienne. Relativement à la marche du travail, la sage-femme, Mme Finet, de Méru, qui est très-expérimentée dans son état, nous apprend les détails suivants : Les douleurs ont été, pendant ces trente-neuf heures, assez vives et assez fréquentes, et néanmoins le travail marchait très-lentement. La malade ne voulait presque pas se promener, elle s'étendait presque à chaque instant sur son lit.

Le 21 mai, à quatre heures du matin, c'est-à-dire douze heures après le commencement des douleurs préparantes, le col de l'utérus n'offrait encore qu'une dilatation équivalente à une pièce de dix sous ; et, le lendemain 22, à quatre heures du matin, c'est-à-dire après trente-six heures de travail, la tête venait à peine de s'engager à travers le détroit supérieur du bassin, quand sont survenues les crises de convulsions... De quatre heures à sept heures du matin, il y a quatre accès d'éclampsie, un toutes les heures ; pendant ces crises, le travail marche un peu plus vite, et bientôt la tête se trouve descendue au milieu de l'excavation pelvienne. C'est alors que la sage-femme, voyant que l'application du forceps est possible pour terminer l'accouchement, nous fait demander.

Le 22 mai, à sept heures du matin, nous appliquons le forceps dans l'excavation, quand la tête est encore à 6 centimètres au-dessus de la vulve et avant qu'elle n'ait exécuté la rotation qui doit ramener l'occiput sous la symphyse du pubis. Nous amenons très-facilement une petite fille bien vivante, qui pousse un cri, mais bientôt est prise elle-même d'une pâleur mortelle, mais sans présenter, comme sa mère, des convulsions... L'enfant, placée un quart d'heure dans un bain sinapisé, revient à la vie immédiatement. La délivrance est faite normalement une demi-heure après l'accouchement. L'utérus est bien revenu sur lui-même. Il n'y eut pas d'hémorrhagie.

La femme est toujours sans connaissance, elle n'a aucune conscience de ce qui s'est passé depuis quatre heures du matin, c'est-à-dire depuis le commencement des convulsions..... L'éclampsie ne cesse pas après la délivrance.

Les crises reviennent encore toutes les heures, elles durent dix à quinze minutes, et, après elles, la malade reste les dents convulsivement serrées, les yeux fermés, les pupilles contractées, avec un

visage d'une pâleur mortelle, dans un coma profond; la malade ne voit pas, n'entend pas, mais elle sent quand on la pince; on ne peut la faire boire que très-difficilement, à cause du trismus; pour cela on est obligé de faire couler quelques gouttes de boisson entre les joues et les dents, et la malade ensuite fait bien les mouvements de déglutition. Pendant les convulsions, il y a d'épouvantables grimaces dans les muscles de la face, qui se succèdent avec la rapidité des éclairs; le visage, les lèvres sont d'un bleu violacé, congestionnés; les membres supérieurs seuls sont dans une extension forcée; mais, après les crises, la roideur des membres disparaît... L'attaque terminée, la malade ronfle comme une personne endormie; elle s'est plusieurs fois mordu la langue; mais jamais elle n'a eu d'écume à la bouche, comme dans l'épilepsie; il n'y a pas eu non plus d'hémiplégie, ni aucun signe annonçant une attaque d'apoplexie..... On pensait qu'il y avait une congestion, mais non encore une hémorrhagie cérébrale.

Depuis la délivrance jusqu'à sept heures du soir, il y a eu encore neuf accès de convulsions; mais, depuis que la malade est délivrée et que l'on suit le traitement que nous allons indiquer dans un instant, les crises ont toujours été en reculant, chaque fois d'un quart d'heure; elles ne venaient plus que toutes les heures un quart.

Pour traitement. — Après le premier accès de convulsions, la sage-femme avait déjà fait une saignée de 250 grammes. Après cette saignée, le col, qui résistait jusque-là, s'entr'ouvre, et le travail marche plus promptement, comme nous l'avons dit plus haut.

Quant à nous, nous faisons une seconde saignée à midi, et une troisième à huit heures du soir, chacune de 125 grammes seulement; puis, à huit heures du soir, nous faisons appliquer huit sangsues derrière les oreilles, selon la méthode de Senn, c'est-à-dire deux à deux successivement, de façon à avoir un écoulement sanguin durant quatre heures.

Depuis une heure de l'après-midi, la malade prend toutes les heures une cuillerée de la potion suivante;

Pa.	**Ammoniaque liquide**..................	**5 gouttes.**
	Julep gommeux........................	**250 grammes.**

En outre, on a administré deux lavements antispasmodiques, contenant chacun assa-fœtida, 4 grammes, pendant les seize premières heures qui suivirent l'accouchement. Enfin, on appliquait des sinapismes sur les quatre membres toutes les heures.

Le sang des deux dernières saignées était, pendant qu'il coulait, rutilant, vermeil comme du sang artériel... Et, lorsqu'il était dans les cuvettes, il n'était pas couenneux, mais le caillot était très-rétracté et nageant dans une abondante sérosité claire et bien transparente.

Le lendemain 23 mai : retour complet à la santé, juste vingt-quatre heures après l'accouchement, c'est-à-dire à sept heures du matin, alors que la malade a pris seulement la moitié de sa potion contenant les cinq gouttes d'ammoniaque.

Chose curieuse, l'accouchement a eu lieu à sept heures du matin;

les crises de convulsions cessèrent le même soir à sept heures, mais le coma persistait et inspirait encore à chacun les plus grandes frayeurs ; et, enfin, le coma disparut lui-même, le lendemain 23 mai, à sept heures du matin, juste vingt-quatre heures après l'accouchement.

Dans les premiers moments du retour à la santé, d'abord la mémoire était encore perdue, la malade ne se rappelait rien de ce qui s'était passé pendant le travail, elle oubliait même avoir été enceinte ; puis, peu à peu le souvenir de tout est progressivement revenu.

Les lochies coulent normalement, et l'utérus descend déjà à 2 ou 3 centimètres au-dessous de l'ombilic ; il y a cependant un peu de sensibilité à la pression sur l'hypogastre... La malade a uriné sans cuissons à la vulve, quoiqu'il y ait une petite plaie contuse à la face interne de chaque grande lèvre.

L'urine, qui contient un peu de sang des lochies, est albumineuse quand on la traite par la chaleur et l'acide nitrique ; mais celle du lendemain, qui ne contenait plus de sang, n'était plus albumineuse, quand on l'eut examinée de la même manière. Le pouls bat 72 pulsations. La respiration est également normale, la température de la peau est à 36 degrés centigrades.

C'est ce jour-là que, pour nous rendre compte de la difficulté de l'accouchement, de la lenteur du travail, ainsi que des violents efforts qui ont amené les convulsions, nous avons pris les mesures suivantes :

1° Du côté de la mère, n'ayant pas de pelvimètre à notre disposition pour prendre la mesure du bassin, nous nous sommes contenté de mesurer la largeur du grand bassin de la femme et nous avons trouvé :

D'une épine iliaque antérieure et supérieure à l'autre : 27 centimètres, tandis que, chez une autre femme du même âge, de la même taille exactement, mais non enceinte, et que nous avons prise pour terme de comparaison, nous avons trouvé :

D'une épine iliaque antérieure et supérieure à l'autre : 29 centimètres; donc, nous avons conclu que la femme C. D*** n'avait pas un très-large bassin, relativement à sa stature.

2° Du côté de l'enfant, ce qui peut approximativement donner une idée de la tête, nous avons trouvé :

(a) De la racine du nez à la bosse occipitale.... 21 centimètres.
(b) De l'extrémité supérieure d'une oreille à l'autre. 21 centimètres.

Le lien métrique suivait les courbes antéro-postérieure et transversale de la tête pendant ces mensurations.

Tandis que, en mesurant de même une tête (squelette) de fœtus à terme, que nous avions dans notre cabinet depuis longtemps, et que nous avons prise pour terme de comparaison :

(a) De la racine du nez à la base occipitale...... 18 centimètres.
(b) D'un trou auditif à l'autre.................. 18 centimètres.

D'où nous avons conclu que l'enfant nouveau-né, dans ce cas,

avait la tête plus volumineuse que celle que nous avions pour terme de comparaison.

Le poids de l'enfant était de 4k,500, ou 9 livres. Donc, c'était un enfant très-développé.

Le 24 mai. Etat général excellent ; toute la nuit le sommeil a été parfait... La malade a pris encore hier le quart de sa potion. Elle prendra le dernier quart aujourd'hui. Ce médicament ne produit ni renvois, ni douleurs à l'épigastre, ni coliques... Il survient des sueurs copieuses la nuit suivante, pendant la fièvre de lait... Il y a déjà un très-grand appétit... La malade commence à prendre quelques cuillerées de bouillon de poulet.

On panse les morsures de la langue, en les cautérisant avec le sulfate de cuivre une fois par jour. On triomphe des légères douleurs de l'hypogastre à l'aide de trois cataplasmes par jour... On fait de fréquentes injections pour laver les plaies contuses des grandes lèvres, que l'on lotionne souvent avec de l'eau de Goulard, et qui chaque jour vont en se détergeant.

Le 25. La malade prend des potages et commence à allaiter son enfant, qui prit bien le sein dès qu'on lui eut coupé le filet.

Du 26 au 30 mai. La malade va de mieux en mieux et mange chaque jour une côtelette...

Le 2 juin. Au onzième jour cependant, quand on a voulu la faire lever pour faire son lit, la malade a eu une petite syncope, qui a forcé à la recoucher immédiatement.

Depuis cette époque rien n'est venu à la traverse, et cette femme a complétement guérie. D.-P. Duclos,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

BIBLIOGRAPHIE.

Recueil de mémoires et d'observations sur les accouchements (physiologie, pathologie et médecine légale) et sur les maladies des femmes, avec planches, par M. le docteur Devilliers, ancien chef de clinique d'accouchements de la Faculté de Paris, etc.

Tel est le titre du nouvel ouvrage que vient de publier M. le docteur Devilliers. Le tome Ier seul a paru, mais déjà nous pouvons juger et des sujets qu'aborde l'auteur et de la manière dont il les traite. M. Devilliers a imité le plan qu'avaient adopté Mme Lachapelle et son neveu, le professeur Dugès; cette manière d'étudier, sous forme de mémoires, des sujets isolés permet de donner à chacun d'eux plus d'extension, et de les examiner sous tous leurs points de vue. Entre eux, ils n'ont aucun lien, et ce n'est à proprement parler, qu'une série de monographies.

Le premier mémoire contient les recherches de l'auteur sur l'auscultation obstétricale, c'est une mine féconde qui est loin

d'être épuisée, malgré les travaux remarquables qui ont été publiés par nos contemporains. Il y a bien des points à élucider encore, et certainement tout n'est pas dit sur cet important sujet. Aussi doit-on toujours accueillir avec faveur tous les travaux qui tendent à reculer les limites de la science. A l'appui de ses opinions, M. Devilliers publie un grand nombre d'observations recueillies avec beaucoup de soin, soit à l'hôpital, soit dans sa clientèle. C'est au reste le meilleur mode de procéder que de ne s'appuyer que sur la clinique; le champ des hypothèses est vaste, mais l'observation seule peut conduire à la vérité. Chemin faisant, l'auteur signale avec justesse les causes d'erreur qui peuvent tromper le praticien qui ausculte; dans le diagnostic de la première section, ce sont les déplacements utérins, verticaux, antéro-postérieurs, transversaux, etc.; puis ensuite il examine, la présentation constatée, les causes d'erreurs que l'auscultation peut fournir dans le diagnostic des positions, chose très-importante, quand le praticien est obligé d'employer les instruments pour terminer l'accouchement. Il parle aussi de la valeur du souffle ombilical, et des indications pratiques que l'on doit en tirer.

La seconde monographie a pour titre: *Nouvelles recherches sur la brièveté et la compression du cordon ombilical.* M. Devilliers étudie avec un soin minutieux cette question, et il en tire des déductions pratiques d'un grand intérêt; mais qu'il nous permette ici de n'être pas tout à fait de son avis. Nous avons lu avec la plus grande attention tout ce mémoire, nous l'avons relu, nous en avons pesé les conclusions, et il nous semble que la plupart des symptômes qui devraient nous mener à un diagnostic certain nous conduisent au contraire au doute! M. Devilliers, malgré le soin qu'il a mis à étudier cette question sous toutes ces faces, ne nous convainc pas. Nous croyons qu'il est très-difficile d'arriver au diagnostic de la brièveté du cordon pendant le travail, pour ne pas dire impossible. Sans doute nous n'avons ni l'expérience ni l'habitude pratique de l'auteur, cependant nous avons déjà vu un assez grand nombre d'accouchements, nous avons suivi les leçons d'hommes éminents dans l'art obstétrical, surtout leurs leçons cliniques, et jamais nous ne les avons vu diagnostiquer d'une manière certaine et positive la brièveté du cordon ombilical. Ils ont pu la soupçonner, mais l'affirmer jamais. M. Devilliers, tout en voulant donner à l'ensemble des symptômes un certain degré de certitude, sent lui-même que ces symptômes sont insuffisants pour asseoir un diagnostic positif. Il reste pour ainsi dire malgré lui dans des formules de doute, et il a raison, car beaucoup des symptômes qu'il a notés, pour ne pas dire tous,

peuvent se rapporter à d'autres états pathologiques, soit de la mère, soit du fœtus ; et il n'en est aucun qui soit spécial à la brièveté du cordon ombilical. M. Devilliers doit être loué cependant d'avoir voulu éclaircir une question aussi obscure ; et s'il n'est pas arrivé complétement à son but, au moins aura-t-il eu le mérite de l'avoir tenté et par cela même d'avoir appelé l'attention des praticiens sur un point difficile et peu étudié. L'auteur, du reste, admet implicitement cette difficulté de diagnostic, quand il dit dans ses conclusions : « Les seuls symptômes de la brièveté du cordon ombilical qui, « selon moi, doivent avoir quelque valeur... » Il n'affirme donc pas, il émet ses opinions, mais avec une grande réserve, car les symptômes qu'il décrit doivent avoir seulement quelque valeur. Pour nous, nous serons plus catégoriques, et nous dirons : La brièveté du cordon, soit accidentelle, soit simple, est très-difficile, pour ne pas dire impossible, à diagnostiquer d'une manière certaine pendant le travail de l'accouchement ; les symptômes qui ont été attribués à cette anomalie peuvent l'être tout aussi bien à d'autres causes; et dans l'état actuel de la science, il n'y a aucun signe irréfragable de la brièveté du cordon pendant le travail de l'accouchement. Le lecteur lira avec beaucoup d'intérêt ce mémoire; toutes les parties, la séméiotique, le diagnostic, le pronostic et le traitement sont traités avec un grand soin et une sagacité qui dénotent un praticien consommé, qui a beaucoup vu et beaucoup réfléchi.

Les deux derniers mémoires sont consacrés à l'étude de quelques points litigieux de médecine légale et aux effets de la viciation du bassin. Le sujet de ces mémoires est digne de fixer l'attention du praticien aussi bien que celle du médecin légiste, car tout ce qui touche aux questions d'infanticide et aux vices de conformation du bassin présente une telle importance, qu'on ne saurait trop les approfondir. En somme M. Devilliers a produit un premier volume qui nous fait désirer le second; c'est le résultat de son expérience, c'est le travail de vingt années qu'il met sous les yeux du public médical, qui accueillera sûrement cette publication avec la faveur qu'elle mérite à tous égards.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Uréthrotomie périnéale externe pour une affection complexe des voies urinaires; guérison. — L'expérience a démontré aux chirurgiens qui s'occupent spécialement de l'étude des maladies de l'appareil urinaire, que tout obstacle au cours naturel de l'urine

doit être modifié, sous peine de voir subvenir des désordres graves qui peuvent compromettre la santé et même la vie. La pratique fait voir journellement que l'inflammation de la partie profonde de l'urètre, celle du col vésical ou de la vessie elle-même, est susceptible de se propager insensiblement jusqu'aux reins. Chaque jour nous observons des malades qui succombent à des accidents chroniques à types variés, mais qui tous se trouvent sous la dépendance de la néphrite subaiguë. Exceptionnellement, la néphrite est une affection isolée ; on trouve presque toujours à l'autopsie des lésions multiples de l'appareil urinaire, tels que calculs ou tumeurs de la vessie, maladies de la prostate, rétrécissements de l'urètre, etc. La clinique a surabondamment démontré que la néphrite naît consécutivement à toutes les lésions que nous avons énumérées, et qui toutes constituent des obstacles à l'excrétion de l'urine.

Si telle est la marche, en quelque sorte fatale, des maladies des voies urinaires, il est de bonne logique de faire disparaître, autant que faire se peut, ces lésions si diverses qui, toutes, doivent conduire à la néphrite et à la mort, dans un temps plus ou moins éloigné. Cependant, telle n'est pas la pratique générale : il suffit que les malades rendent leurs urines plus ou moins facilement, et alors on ne songe même pas à les soumettre à un traitement ; on voit ainsi journellement des malades qui sont abandonnés avec des rétrécissements non guéris, des valvules non détruites, des vessies incapables de se vider complétement, etc., etc.

Nous avons publié récemment un fait de la pratique de M. Dolbeau, montrant, 1° la conséquence d'un rétrécissement faisant obstacle au cours de l'urine, c'est-à-dire l'irruption d'une néphrite ; 2° la cessation des accidents dus à l'inflammation des reins, par le rétablissement du canal de l'urètre. C'est dans cette direction d'idée que ce même chirurgien a été amené à pratiquer une opération grave et délicate, pour remédier à une affection en apparence légère et de peu d'importance. Voici le récit de ce cas que nous fournit M. Dolbeau :

« Il s'agit d'un homme porteur d'un rétrécissement ancien et infranchissable. Au moment de son entrée à l'hôpital, le malade présentait tous les signes d'une inflammation de la portion profonde de l'urètre et du col vésical ; en effet, il urinait à chaque instant, il rendait avec peine des urines troubles, fétides, et renfermant une notable proportion de pus. Ma première idée, une fois l'inflammation atténuée, fut de dilater le rétrécissement, comme seul moyen de faire cesser tous les accidents. Tous les procédés de

cathétérisme furent employés successivement, toutes les variétés de bougies furent présentées, mais quels que fussent leur volume, leurs qualités, leur forme, etc., aucune ne put parvenir à s'engager dans l'obstacle. Cependant, le malade rendait les urines, il n'y avait pas urgence ; le périnée était engorgé, un petit abcès s'était ouvert, je crus devoir attendre. Pendant un mois je renouvelai toutes mes tentatives, mais sans rien obtenir. Fallait-il donc renvoyer ce malade, venu de la province pour demander la guérison ? évidemment non ; c'eût été méconnaître les conséquences probables et fatales de son rétrécissement. Je pris le parti de pratiquer la section périnéale externe, ou l'urétrotomie externe sans conducteur. Cette opération, dont l'exécution offre de sérieuses difficultés, surtout quand le périnée est induré par une inflammation chronique, fut heureusement menée à fin, l'urètre a été rétabli avec son calibre normal, les accidents ont cessé, les urines sont devenues transparentes, et le malade se trouve guéri. Ce résultat heureux nous a engagé à publier tout au long l'observation que nous avons rédigée d'après des notes qui nous ont été remises par l'interne du service, M. de Laudetta.

« Obs. Fourdraine, âgé de trente-quatre ans, entré le 23 août 1861, salle Saint-Augustin, n° 56. Cet homme paraît bien constitué, il n'a pas fait de maladies sérieuses et présente les apparences d'une assez bonne santé ; cependant il a un peu maigri, et sa peau offre une légère coloration jaunâtre.

« Voici les renseignements qui sont fournis par le malade : il a eu une blennorrhagie qui a duré plusieurs mois. Depuis quelques années, le jet de l'urine est diminué. Il n'y a qu'un an que le malade s'est occupé de son affection, encore n'a-t-il consulté que vers le mois de juin dernier. A cette époque, les symptômes aigus se sont montrés : douleurs, envies fréquentes d'uriner, léger écoulement, puis apparition d'un abcès situé au-devant de l'anus et qui s'est ouvert et fermé à plusieurs reprises.

« Le médecin qui lui donnait ses soins essaya, mais en vain, de calmer ces accidents ; aussi songea-t-il à explorer l'urètre. Il tenta plusieurs fois de pratiquer le cathétérisme, mais il rencontra toutes les fois un obstacle insurmontable. Ces tentatives furent longues, pénibles et suivies d'un peu d'écoulement sanguin. Tourmenté par sa maladie, le malade vint de Beauvais à Paris. Lors de son admission dans nos salles, le malade urine très-souvent, plusieurs fois dans une heure. La miction est pénible, imparfaite ; aussi, pendant le repos, le malade perd-il quelques gouttes d'urine qui n'ont pas été

expulsées et qui séjournent derrière le rétrécissement : léger écoulement puriforme, pouls un peu fréquent, appétit conservé, peu de sommeil. Le cathétérisme démontre : 1° un rétrécissement du méat; 2° un peu d'obstacle dans la portion périnéenne ; 3° un rétrécissement infranchissable par toutes les manœuvres possibles, et situé au niveau du bulbe. Le périnée présente un gonflement du volume d'un œuf, les tissus sont durs, adhérents à l'urètre, et sont évidemment le siége d'une légère phlegmasie par infiltration. On observe de plus un petit orifice qui donne passage à du pus. En effet, de temps en temps il y a un peu de douleur, puis formation d'un petit abcès qui s'ouvre seul et qui laisse après lui un orifice qui se ferme incomplétement. La prescription a été la suivante : repos au lit, alimentation légère, cataplasmes sur le bas-ventre, chaque jour un grand bain et deux lavements émollients. Outre ce régime, on tente chaque matin le cathétérisme, en ayant soin de laisser pendant quelques minutes une bougie qui presse sur l'obstacle.

« Le 19 septembre, l'état du malade s'est un peu amélioré, en ce sens qu'il souffre un peu moins, et que les besoins d'uriner sont peut-être moins fréquents. Cependant, les urines sont toujours chargées de pus, les nuits sont sans sommeil. Cet homme demande une opération, et nous y procédons de la manière suivante :

« Le malade étant dans la position spéciale aux opérations de taille, on place dans l'urètre un petit cathéter qui s'avance jusqu'au rétrécissement ; l'instrument est tenu sur la ligne médiane, avec recommandation à l'aide de rester immobile, tout en pressant légèrement contre l'obstacle. Les bourses étant relevées, les tissus sont incisés suivant le raphé du périnée, en commençant dans le point où la cannelure du cathéter peut être sentie, et en se rapprochant de l'anus à environ 1 centimètre de cet orifice. L'incision de 4 centimètres et demi est prolongée profondément, couches par couches, en ayant soin de toujours rester sur la ligne médiane. Bientôt la pointe du bistouri pénètre dans le cathéter; l'incision est prolongée en avant, et les deux lèvres sont tenues écartées de manière à voir l'orifice du rétrécissement. Le chirurgien trouve en effet un petit trou, mais impossible de faire cheminer un instrument dans le canal présumé ; alors, tous les tissus indurés sont franchement incisés, en restant sur la ligne médiane. L'apparition d'un jet d'urine indique que le bout postérieur de l'urètre vient d'être ouvert ; en effet, après quelques recherches on peut introduire une sonde cannelée jusque dans la vessie. L'orifice de sortie des urines est augmenté, tous les tissus durs sont tranchés, sans qu'il soit possible de retrouver le canal;

mais un résultat est obtenu, les deux bouts de l'urètre sont visibles : aussitôt on passe du méat dans la vessie une sonde en gomme à courbure fixe, du numéro 23 de la filière de Charrière. Deux points de suture sont placés dans la partie postérieure de la plaie, la sonde est bien fixée, et le malade est placé dans son lit avec des compresses d'eau froide sur le périnée.

« Les suites de l'opération sont très-simples ; le malade souffre très-peu, la sonde fonctionne très-bien, et, chaque fois qu'elle est débouchée, il s'écoule une grande quantité de pus mélangé aux urines. Pas de fièvre, appétit.

« Le 28, l'état général est parfait, la plaie est réunie à la partie postérieure, des bourgeons charnus se montrent dans toute son étendue. On change la sonde, ce qui se fait sans difficultés. Les urines sont limpides, il n'y a qu'à la fin de l'émission qu'on voit encore sortir un peu de muco-pus.

« Le 15 octobre, le malade va bien, il ne souffre plus ; la plaie du périnée est réduite à 3 millimètres, les urines sont bonnes, mais l'urètre s'est enflammé, par suite de la présence de la sonde : celle-ci est enlevée, et le malade doit se sonder à chaque besoin qu'il éprouvera.

« Le 20, la miction est possible par un très-petit jet, mais il s'écoule quelques gouttes par la plaie du périnée, qui tarde elle-même de se fermer. Le malade se lève, il dort bien, car il n'est pas tourmenté par le besoin continuel de rendre ses urines. Vers le 30 octobre, le malade se plaint d'un peu d'incontinence d'urine pendant son sommeil.

« Le 2 novembre, la fistule au périnée persiste ; aussi, pour la fermer, on en cautérise le trajet avec un stylet rougi à blanc. Cette petite opération ne provoque aucun accident, et bientôt la cicatrisation est complète.

« Le malade quitte l'hôpital le 16 novembre, et voici l'état qu'il présente : santé générale très-bonne, le malade a notablement engraissé. Les envies d'uriner sont peu fréquentes, la miction est facile et par un gros jet, l'urètre livre passage aisément à une sonde de 8 millimètres. Les urines sont claires, mais la fin est toujours trouble ; il y a du catarrhe vésical qui s'améliore un peu sous l'influence de la térébenthine. Le périnée est souple et présente les traces de l'opération. Il reste au malade une très-légère incontinence nocturne, qui tend à disparaître. »

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Angines *à excroissances polypeuses et granulaires dans les voies respiratoires; traitement par les liquides pulvérisés*. Un malade avait été soumis à la trachéotomie pour des accès de suffocation qui s'étaient établis pendant un typhus et qui étaient produits par des ulcères typhoïdes. Il était resté chez ce malade, après la guérison, une masse considérable de granulations sur la paroi antérieure du larynx, qui lui donnaient très-distinctement la sensation d'un cône. M. le professeur de Dumreicher, de Vienne, dans la clinique duquel le malade se trouvait, voulut bien permettre à M. le docteur Fréderic Fieber de faire une tentative avec l'appareil pulvérisateur, d'après la méthode de M. Sales-Girons. M. Fieber commença par une solution peu concentrée de tannin, à laquelle il ajouta plus tard, suivant l'avis du savant professeur, une certaine quantité d'alun. Les granulations paraissaient très-disposées à l'hémorrhagie; aussi pendant la première semaine il s'écoula une petite quantité de sang. Au commencement, le remède exerça peut-être un effet plutôt corrosif que styptique. Ce symptôme disparut bientôt, et dès lors le malade fit savoir qu'il sentait le cône devenu plus petit; cet amoindrissement progressa de jour en jour, jusqu'à la disparition complète de cette sensation. Le malade est forcé de porter une canule pour pouvoir respirer. On avait cru pouvoir l'en dispenser, mais cette espérance a échoué. M. Fieber pense que le tissu cicatriciel qui a remplacé la muqueuse détruite et les difformités du cartilage produites par l'ulcération en sont la cause. (*Revue médic.*, juillet 1862.)

Coqueluche (*Traitement de la*) *par la décoction de coquilles d'amandes douces*. Une épidémie de coqueluche sévissait en 1861 dans l'arrondissement de Gannat, et M. le docteur Mignot en avait eu à traiter un assez grand nombre de cas par le sirop d'ipécacuanha, le sirop de belladone et de café, les vésicatoires, avec un succès assez grand pour l'engager à s'en tenir à ces remèdes, lorsque, en visitant un jour trois de ses petits malades appartenant à une famille riche, il fut surpris de la grande diminution survenue dans le nombre des quintes, depuis la dernière visite. Il en chercha la cause, et on lui apprit que, sur les conseils d'un ami, on avait employé un remède très-populaire dans son pays, la décoction de coquilles d'amandes douces. La formule était des plus simples : faire bouillir les coquilles de vingt à vingt-quatre amandes dans un litre d'eau, sucrer à volonté et donner en guise de tisane. Chez l'un de ces trois petits malades, âgé de cinq ans, assez délicat et d'un tempérament nerveux très-prononcé, qui se trouvait à la deuxième période de la coqueluche, le nombre des quintes avait, en trois jours, diminué de moitié. Encouragé par ce résultat, M. Mignot prescrivit la décoction de coquilles d'amandes aux nombreux enfants atteints de coqueluche qu'il eut encore à soigner. Chez plusieurs il obtint le même effet : diminution très-rapide du nombre des quintes et de leur violence. Mais cette amélioration promptement obtenue, le plus souvent arrivée à un certain point, s'arrêtait, malgré la continuation de la tisane. Au bout de huit jours, ordinairement, ce qu'on en pouvait attendre était produit. Cependant il n'y avait nul inconvénient à persister dans son emploi. C'est après la première période qu'il a paru à M. Mignot le plus convenable de l'administrer, alors que l'élément spasmodique tend à devenir prédominant.

Il serait utile que d'autres essais vinssent confirmer les bons effets d'un moyen aussi simple et qui pourrait rendre de véritables services en modérant des accidents très-pénibles et rebelles à beaucoup d'autres formules vantées. (*Uni. médic.*, juillet 1862.)

Croup. *Végétations polypiformes trachéales; deux opérations de trachéotomie pratiquées à un mois de distance sur le même sujet; guérison*. L'enfant Georges V***, âgé de trois ans et demi, enfant très-fort et très-bien constitué, d'une santé habituellement bonne, a été atteint à plusieurs reprises de broncho-laryngites aiguës fébriles, et chaque fois la toux a été forte, opiniâtre, rauque, imitant un peu la toux férine que l'on remarque au début du *croup*. Au mois de juin 1858, il fut pris d'une de ces laryngites graves désignées sous le nom d'angine striduleuse; la respiration devint gênée, sifflante, l'examen local

ne fit distinguer aucune production hétérogène ; le pouls était fébrile, la peau brûlante ; une application de sangsues au larynx, et un vomitif à l'ipéca triomphèrent de la maladie. Le 18 juin 1860, nouvelle maladie semblable ; il n'y avait ni sur les amygdales, ni sur le voile, ni sur les parois du pharynx, rien qui ressemblât à une fausse membrane ; M. le docteur Gigon, d'Angoulême, appelé auprès du petit malade, pensa, après avoir constaté ce qui précède, qu'il s'agissait encore d'une de ces laryngo-bronchites qu'il avait déjà plusieurs fois observées sur le même sujet. Le petit malade fut soumis deux jours de suite à un vomitif émétisé ; au bout de trois jours, les accidents laryngo-bronchiques étaient fort calmés, la fièvre avait complétement cessé.

Le 29, les accidents laryngo-bronchiques augmentent, la toux est rauque, sifflante, la fièvre a reparu ; sur chaque amygdale existe une plaque blanchâtre, isolée (cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent et potion émétisée), vomissements accompagnés de quelques débris pultacés ; malgré cela la toux rauque persiste, ainsi que la respiration sifflante. (Cautérisation du larynx avec une éponge trempée dans une solution de nitrate d'argent cristallisé, potion émétisée.)

Le 30, les accidents ont augmenté malgré le traitement, la face se congestionne, les lèvres sont violettes, la sensibilité commence à être obtuse, les pupilles sont dilatées, les urines contiennent de l'albumine (nouvelle cautérisation laryngienne). A midi, tous les accidents ont encore augmenté, l'asphyxie est imminente ; le petit malade a à peine quelques instants à vivre. L'opération de la trachéotomie est proposée et acceptée. Elle est pratiquée immédiatement par M. le docteur Bessette. Au moment de l'ouverture de la trachée, il sort quelques débris évidents de fausses membranes, un sang noir et abondant s'écoule des veines thyroïdiennes divisées, et l'enfant est dans un tel état d'affaissement, que, quoique la trachée soit largement ouverte, la respiration ne se rétablit pas. M. Bessette aussitôt adapte sa bouche sur l'orifice de la canule, et, aspirant vivement, retire de la trachée et des bronches une grande quantité de mucosités et de sang (imprudence héroïque, fait remarquer M. Gigon, qui sauve la vie du malade). Malgré cette aspiration des matières contenues dans la trachée et les bronches, la respiration ne revient que très-lentement ; pendant longtemps on est obligé d'insuffler de l'air dans les poumons, en imprimant des mouvements méthodiques à l'abdomen et à la poitrine. Dès que l'air a pénétré dans les poumons, l'hémorrhagie s'arrête, la turgescence de la face diminue, la coloration du teint s'améliore ; deux heures après, l'enfant est tout à fait revenu.

La canule reste en place pendant treize jours sans incident particulier ; ce ne fut qu'après le dixième jour que l'air commença à passer. La canule est enlevée le 13 juillet. L'état du petit malade s'améliore rapidement vers la fin de juillet ; la difficulté de parler avait presque complétement disparu, la respiration était naturelle ; mais alors la mère prévient M. Gigon que chaque fois que l'enfant est contrarié, la respiration est précipitée, gênée et sifflante, comme s'il avait encore le croup ; puis elle se calme et redevient naturelle. L'auscultation ne révèle rien d'anormal, mais la même scène se renouvelle plusieurs fois. Un jour, à la suite d'un accès de colère, il survient une suffocation imminente. MM. Gigon et Bessette, appelés aussitôt, trouvent l'enfant sans mouvement, les yeux convulsés en haut, les pupilles dilatées, immobiles, la respiration complétement suspendue ; insensibilité absolue ; sauf la persistance des battements du cœur l'enfant est dans un état de mort apparente. On pratique immédiatement la respiration artificielle, pendant plus d'une heure sans interruption ; la respiration ne se rétablit qu'avec une extrême difficulté, cessant presque aussitôt qu'on cessait les insufflationst la sensibilité et le mouvement étaien; également anéantis. Dans cet état extrême, voyant qu'il ne pénétrait dans la trachée qu'une quantité d'air extrêmement minime et insuffisante pour l'entretien de la vie, on se décida à ouvrir de nouveau la trachée. M. Bessette pratiqua la section un peu au-dessus et en dedans de la première cicatrice, Pendant que l'opérateur tenait, à l'aide du dilatateur, la trachée largement ouverte, on aperçut, pendants, un peu au-dessus de l'angle supérieur de la plaie trachéale, deux petits corps arrondis mobiles, rougeâtres, gros comme des petits pois. C'étaient ces petits corps, végétations polypiformes implantées dans le tissu cicatriciel de la trachée,

qui avaient produit les accidents si graves dont il vient d'être question. Vu l'état si fâcheux de l'enfant, on se borna pour le moment à mettre une canule et à pratiquer de nouvelles insufflations. Le lendemain, l'enfant étant revenu à la vie, on pratiqua l'excision de ces petits polypes, et la cautérisation de leur pédicule par le nitrate d'argent. A dater de ce moment, il se rétablit promptement.

— Plusieurs enseignements ressortent de ce fait intéressant : le premier, c'est que quelle que soit la gravité des cas de croup, on ne doit pas désespérer du succès par l'emploi de la trachéotomie, toutes les fois que les fausses membranes n'ont pas tout à fait envahi les bronches : le second, c'est qu'on y trouve la preuve que les végétations cicatricielles de la trachée peuvent devenir assez considérables pour donner lieu à des accidents aussi graves que le croup lui-même et nécessiter de nouveau la trachéotomie. Enfin, ce n'est pas un médiocre intérêt non plus de voir deux opérations de trachéotomie pratiquées avec un égal succès, à un mois de distance chez le même sujet. (*Uni. méd.*, mai 1862.)

Extension manuelle *substituée à la ténotomie pour la cure des contractures musculaires.* La substitution à la ténotomie de l'extension manuelle que propose M. le professeur Larghi, chirurgien en chef de l'hôpital de Vercelli, est fondée sur cette idée, que ce n'est pas sur un point seulement de son trajet qu'il est nécessaire d'obtenir l'allongement d'un tendon rétracté, mais dans toute sa longueur. C'est par l'extension manuelle qu'il espère atteindre ce résultat. Les parties contractées étant atrophiées, ce n'est, dit-il, que l'extension qui leur donnera leur longueur, en leur redonnant le mouvement et l'exercice. L'extension doit durer peu d'instants, être très-douce et pratiquée avec une grande lenteur. M. Larghi dit y avoir eu recours avec succès dans le pied-bot, dans les contractures de la main sur l'avant-bras. Il est pourtant un cas où il laisse en question si l'extension est préférable à la ténotomie : c'est celui d'une excessive contracture de la main sur l'avant-bras. Mais dans les cas où il y a atrophie de la main, de l'avant-bras, du bras, de l'épaule, et même de la partie correspondante du tronc et de la tête, il est inutile de songer à l'extension, et la ténotomie est encore bien plus impuissante. C'est après avoir employé la ténotomie avec plus ou moins d'insuccès, que M. Larghi a été amené à recourir à l'extension, et il y a recours dans ces cas de contracture de la jambe sur la cuisse, causée par les fléchisseurs ; dans celle de l'avant-bras sur le bras, de la cuisse au bassin, du bras à l'épaule, et de l'épaule au tronc. Ce n'est que peu à peu qu'il a donné des développements à sa méthode, et il a fini par l'employer même contre les pieds-bots. Voici l'observation d'un malade encore en traitement.

Un jeune enfant était atteint d'un pied-bot interne du côté droit et d'une contracture de la main gauche si excessive, que l'atrophie s'étendait à la main, à l'avant-bras, au bras jusqu'à l'épaule, au tronc, au cou, et que les systèmes musculaires et osseux en étaient affectés. La main gauche est inclinée sur le bord cubital et la paume de la main vers la superficie palmaire de l'avant-bras. Cette main, incapable du moindre mouvement, ne peut soulever aucun poids. Le bras gauche ne peut s'élever. Au bout de quelques manœuvres, l'extension manuelle a obtenu déjà quelque amélioration pour le pied-bot, qui cheminait en traînant et tourné en dedans. L'enfant, après quelques séances, marche comme à l'ordinaire. Voici comment M. Larghi a pratiqué l'extension : Le malade est placé sur le ventre et sur la poitrine, le corps en pronation. Faisant fixer la cuisse au-dessous de l'articulation tibio-fémorale, d'une main il saisit l'extrémité inférieure de la jambe, et il l'étend peu à peu. Passant ensuite à la manœuvre du pied, le fixant à la face plantaire contre l'opérateur, le talon en haut, fortement arrêté, il portait en dehors l'extrémité antérieure et interne, et puis il exerçait l'extension sur la surface plantaire elle-même. Dans peu de séances, ce pied-bot fut entièrement guéri. — Pour la main, il fit l'extension sur l'avant-bras et la face dorsale tournée en haut. Un infirmier tenait la main, une autre personne s'emparait de l'extrémité supérieure, la face palmaire tournée vers le sol. Les deux aides faisaient l'un l'extension, l'autre la contre-extension. Les doigts, qui sont toujours contractés, participaient à cette gymnastique. Le chirurgien faisait la compression sur le dos du carpe. Cette manœuvre fut la base du traitement pendant quelque temps, à séances assez rapprochées ; puis le

rarement, on fit de 'ension. Le bras, it s'élever, est lement au-dessus t l'épaule ont ac-s suffisants et cer-ont complétement. n, la contracture est quoiqu'elle soit encore us, le malade peut suf-vrir pour saisir et por-ger, ce qu'il ne pouvait avant. (*Gaz. med. ital.* et *Belge*, juillet 1862.)

---

s (*Extraction du*) *par les turelles pendant l'agonie ou mort de la femme.* Une femme te est à l'agonie ou vient de ir à la suite d'une maladie ou accident; il s'agit d'extraire fant, dans l'espérance de lui con-rver la vie. Le travail de la partu-rition n'est pas ou est à peine com-mencé ; l'opération césarienne serait la seule ressource dont on attendrait le succès. Mais on connaît les répugnan-ces des familles pour toute opération de ce genre. Doit-on, sans attendre, ex-traire le fœtus par les voies natu-relles? Telle est la question que M. le docteur Devilliers a été amené à poser et à résoudre par le fait suivant, qui présente un double intérêt au point de vue médico-légal et au point de vue obstétrical.

Notre confrère fut appelé en février dernier pour porter secours à une femme en travail, qui venait, disait-on, de vomir une certaine quantité de sang. Lorsqu'il arriva, il trouva cette femme étendue sans mouvement et déjà sans aucun signe de vie. Ni le pouls radial, ni les battements du cœur ne se faisaient sentir; la poi-trine était immobile, le visage pâle, les extrémités froides; l'utérus sem-blait développé comme à sept mois de grossesse. Il apprit que cette femme primipare avait ressenti les premières douleurs vers dix heures du soir; que plus tard, ces douleurs étant devenues plus rapprochées, il s'était manifesté des envies de vomir accompagnées d'une violente douleur à l'épigastre; qu'elle avait vomi assez souvent des mucosités mêlées de sang, et que peu de temps après, s'étant retournée tout à coup dans son lit, elle était morte sans avoir poussé aucune plainte. Il y avait environ cinq minutes qu'elle avait rendu le dernier soupir. Après avoir constaté rapidement l'état du corps, M. Devilliers s'assura que le col de l'utérus était effacé, il était arrivé au quart à peine de sa dilatation, et la tête faisant saillie à travers le détroit su-périeur, se présentait en position occi-pito-iliaque gauche antérieur. L'opé-ration césarienne était repoussée par le mari. Cependant le cas était pres-sant, l'indication formelle, et après avoir cherché rapidement, mais inu-tilement les bruits du cœur du fœtus, M. Devilliers fit placer le corps en tra-vers du lit, et procéda à une appli-cation de forceps. Il peut, non sans difficulté, extraire dans l'espace de cinq minutes un enfant paraissant au terme de sept mois et demi environ, et qui ne donnait aucun signe de vie. Il ne s'était guère écoulé plus de quinze minutes cependant entre la mort de la mère et l'extraction de l'enfant. Les renseignements fournis sur les anté-cédents de la malade et sur les acci-dents qui ont précédé la mort, portent à présumer qu'elle a succombé à une congestion apoplectique des poumons.

Cette observation viendrait à l'appui des conclusions du travail de M. De-villiers sur l'opération césarienne après la mort, dans lequel il s'autori-sait d'un assez grand nombre de faits pour faire remarquer que les morts par accidents du travail et par mala-dies des organes centraux de la circu-lation et de la respiration compromet-tent plus sûrement et plus rapidement la vie du fœtus, que les morts subites, soit par d'autres accidents, soit par affection cérébrale, soit par maladies intestinales; d'où il concluait qu'il fallait préférer l'extraction par les voies naturelles, opération plus sou-vent exécutable pendant l'agonie ou immédiatement après la mort que l'on n'est généralement porté à le croire. Cette opinion était appuyée d'ailleurs sur les faits par lesquels M. le doc-teur Duparcque a prouvé que dans tous les cas où il importe de provo-quer et d'obtenir la délivrance immé-diate, soit dans l'intérêt de la mère, soit pour la conservation de l'enfant, on peut obtenir la dilatation du col de manière à extraire le fœtus par les voies naturelles, lors même qu'il n'existe aucun commencement de tra-vail. L'observation de M. Devilliers vient démontrer une fois de plus que, en cas de mort de la mère au début du travail de l'accouchement et alors que la dilatation du col est peu avan-cée, il est possible de tenter l'extrac-tion de l'enfant par les voies natu-relles. (*Union médic.*, juin 1862.)

Invagination intestinale (*Bons effets de l'insufflation dans un un cas d'*).—«Pour la cure du volvulus, dit Valleix, on a proposé, à une époque assez éloignée de nous, d'*insuffler l'intestin par l'anus*; mais on ne cite pas de cas où ce procédé mécanique ait réussi. » Dans celui que nous allons rapporter, les signes de l'invagination s'étant manifestés, et tous les autres moyens mis en usage ayant échoué, on eut recours au procédé en question, qui fut suivi d'un résultat heureux.

Le 23 février dernier, M. Edw. Cousins fut appelé auprès d'un enfant mâle, âgé de treize mois, qui, au milieu de la santé la plus parfaite, avait été pris tout à coup de vomissements, peu de temps après avoir tété avec son appétit ordinaire. Les matières vomies se composaient d'abord du lait qui venait d'être ingéré et de panade qui avait été donnée un peu auparavant, puis d'un liquide séreux; l'enfant rejeta ensuite tout ce qu'on essaya de lui faire prendre. L'huile de ricin n'eut d'autre effet que de provoquer de nouveaux vomissements; les lavements purgatifs, après avoir déterminé une selle, restèrent sans aucun résultat, et il en fut de même de tous les moyens auxquels on essaya de recourir. L'enfant était dans une situation qui s'aggravait de moment en moment : coliques et vomissements fréquents, demi-coma, facies profondément altéré, froid et lividité des extrémités, pouls extrêmement rapide et très-petit. Le toucher rectal n'avait rien fait découvrir dans la partie accessible de l'intestin. Mais on sentait dans la région de la moitié droite du côlon transverse une tumeur allongée dans le sens horizontal, tumeur qui sembla disparaître graduellement, puis se reformer et durcir sous la main, et, dans le flanc correspondant, une seconde tumeur plus ferme que la précédente, ne paraissant pas se continuer avec elle, et située verticalement à deux pouces et demi au-dessus de la fosse iliaque droite.

En présence de ces symptômes, M. Cousins, ayant diagnostiqué une invagination, se résolut, ne pouvant réussir par d'autres moyens, à pratiquer l'insufflation par l'anus, ce qui fut approuvé par M. Erichsen qui arriva sur ces entrefaites. Il poussa donc de l'air dans le rectum, au moyen de la pompe stomacale, jusqu'au point d'être obligé de résister avec une certaine force pour retenir le tube dans l'anus; puis, ayant laissé échapper l'air injecté, il lui sembla que la tumeur iliaque avait éprouvé une légère modification. Après une seconde insufflation, la tumeur transversale avait disparu, et celle de la région iliaque avait subi une diminution de longueur appréciable. Pendant l'opération, l'enfant paraissait éprouver un malaise extrême et faisait des efforts pour échapper. Après un repos, l'insufflation fut répétée une troisième fois : l'air fut poussé avec beaucoup de lenteur, jusqu'à ce que la distension de l'intestin fût complète, quand soudainement un coup de piston fut suivi d'un mouvement avec bruit perceptible à l'oreille, comme d'un souffle pénétrant dans l'intestin grêle, puis de la sensation pour l'opérateur, au coup de piston suivant, d'une résistance disparue. A ce moment, syncope qui fut combattue par des stimulants. Il ne restait plus alors dans le flanc droit qu'une tumeur beaucoup moins dure et n'ayant pas plus d'un demi-pouce de long, tumeur qu'une quatrième insufflation ne parvint pas à faire disparaître. Le retour de la syncope fit cesser les insufflations et obligea de recourir encore à des stimulants. A la suite, l'état du petit malade se releva lentement; mais il ne vomit plus et il dormit plusieurs heures. A son réveil, il eut une selle tachée de sang, puis une seconde au milieu de la nuit; il fut ensuite tranquille, se montra très-avide de prendre le sein et n'eut ni vomissements, ni aucun symptôme de souffrance. Le lendemain, 24 février, l'enfant rendit une selle, à peu près sans trace de sang, mais contenant une graine d'*abrus precatorius*. Dans sa visite suivante, M. Cousins ne trouva plus aucune tumeur dans l'abdomen. A partir de ce moment, tout symptôme sérieux disparut; il y eut bien encore quelques coliques, un peu de sensibilité du ventre, quelques vomituritions, quelques selles dénotant un peu d'irritation intestinale; mais sous l'influence de moyens très-simples, tout rentra rapidement dans l'ordre, et le 26 février, quatrième jour à partir du début, l'enfant pouvait être considéré comme guéri. (*British med. Journ.*, juin 1862.)

Laudanum à haute dose (*De l'administration du*). *Nécessité d'en modérer les doses dans les pays chauds.* Les doses élevées, en thérapeutique, sont le produit de l'expérimentation moderne. C'est aux médecins

anglais particulièrement qu'on en est redevable. Dans l'Inde surtout, la pratique a démontré l'innocuité de doses autrefois invraisemblables. Peut-être y a-t-il dans cette tolérance, ou le fait de la non-absortion, comme cela a lieu par exemple pour l'huile de foie de morue ou l'huile de ricin, ou celui d'une élimination plus active. C'est à cette dernière hypothèse que M. le docteur Amédée Chassaigne, aide-major, a été rallié par l'absence de narcotisme à la suite de doses très-élevées de laudanum administrées à Fort-Napoléon, dans la pratique de l'hôpital militaire et du bureau arabe. Voici les renseignements intéressants qu'il donne à cet égard.

Sur 22 cas observés, 19 ont présenté, quelques heures après l'ingestion, une diaphorèse abondante ; or, M. Trousseau avait déjà remarqué la succession aux opiacés de sueurs ou de diurèse (on sait combien ces deux sécrétions sont aisément complémentaires l'une de l'autre), enfin M. O'Shaughenelly écrivait, il y a quelques années, « que la narcotine est un puissant sudorifique. » Peut-être y aurait-il quelque intérêt, en physiologie pathologique, à établir par de nouvelles observations si le climat, chaud ou froid, est plus directement en rapport avec l'une des hypersécrétions thérapeutiques précitées. Pour nous, dit notre confrère, l'absence de narcotisme coïncidant, à doses très-élevées de laudanum de Sydenham, avec des sueurs profuses, nous semble indiquer l'élimination cutanée, conséquemment l'inutilité à peu près absolue des opiacés à doses extra-normales dans les pays chauds.

Le laudanum de Sydenham a été poussé jusqu'à 120 gouttes, après avoir débuté par 60 et 70 gouttes ; l'observation suivante donnera une idée du mode d'administration adopté :

B** Théodore, zouave au 1er régiment, d'un tempérament lymphatico-sanguin, n'a eu ni dyssenterie ni fièvre intermittente depuis son séjour en Afrique. Le 13 avril, sans cause appréciable, il est pris de coliques vives et de diarrhée, selles non sanguinolentes, pas de ténesme ; le 15, le sang apparaît dans les selles, qui deviennent graisseuses, ténesme anal, coliques vives, douleur sourde au niveau de l'hypocondre droit, *apyrexie absolue* [1].

Ces symptômes vont en augmentant jusqu'au 23, époque où le malade entre à l'hôpital, service de M. P*** Le 24, diète, 2 potions avec chacune laudanum de Sydenham, 30 gouttes. Prurit général de la peau, prononcé surtout au niveau du thorax; sueurs abondantes une heure après l'ingestion; le malade assure avoir moins dormi que d'habitude.

Le 25, potion avec laudanum, 30 gouttes, 1/4 lavement avec laudanum, 40 gouttes. Pas de prurit, mais sueurs plus abondantes et se prononçant plus vite ; quoique accusant un peu de pesanteur de tête, le malade ne dort que cinq heures.

Le 26, 2 potions laudanisées, l'une à 30, l'autre à 40 gouttes. Le sommeil n'augmente pas; la diaphorèse s'établit une demi-heure après l'ingestion.

Le malade entre en convalescence et reprend peu à peu son alimentation, mais le 9 mai il rechute par écart de régime.

Le 10, 2 potions laudanisées : l'une à 30, l'autre à 40 gouttes. Extrait thébaïque 0,10 en 2 pilules. Le malade est observé d'une façon toute spéciale : la diaphorèse, établie au bout d'une demi-heure, se perpétue toute la journée, affectant surtout le tronc et les membres supérieurs ; la tête et les paupières sont lourdes, mais il n'y a que six heures d'un sommeil sans rêvasseries ; 2 selles.

Le 11, 2 potions avec laudanum, chacune 30 gouttes. Un peu plus de sommeil que précédemment, 8 heures; les sueurs sont moins abondantes, une selle.

Le 12 et jours suivants l'opium est administré à doses décroissantes ; le régime est repris peu à peu, le malade sort entièrement guéri le 26 mai.

A l'aide de cette observation et de celles qui la corroborent, nous ne croyons pas, ajoute M. Chassaigne, pouvoir conclure contre l'opinion de M. Trousseau « que les opiacés à haute dose constipent d'abord pour surexciter ensuite la diarrhée, » ni contre celle de Dupuytren : « que le laudanum en lavement narcotisait autant qu'une dose double par la bouche. » Toutefois, nous pouvons déclarer que la vérification de ces faits

[1] M. Chassaigne appelle l'attention sur ce fait de l'apyrexie de la plupart des dyssenteries d'Afrique : c'est, dit-il, une maladie sans réaction, toute locale, le pouls ne s'accélère qu'aux périodes ultimes, sous l'influence de l'hecticité.

ne s'est pas présentée dans notre pratique.

Peut-être l'élimination diaphorétique, favorisée par les climats chauds, est-elle la seule cause de cette divergence de résultats. C'est ce que d'autres observations faites à ce point de vue pourront déterminer un jour sans doute avec plus de précision. (*Gaz. des hôpit.*, juin 1862.)

Préparations ferrugineuses. *Leur action sur la température.* M. le docteur W. Ponrowski, de Saint-Pétersbourg, a fait des recherches ayant pour objet de déterminer quelles sont les modifications de la température qui se produisent sous l'influence des préparations ferrugineuses. Il en résulte que l'emploi de ces médicaments a pour conséquence une élévation sensible de la température du corps. Cet effet est produit parfois avec une grande rapidité; c'est ainsi qu'on peut l'observer déjà au bout de cinq heures. Dans d'autres cas, on le voit survenir lentement. Il se manifeste d'ailleurs aussi bien alors que la peau avait primitivement sa température normale, et lorsque la températnre était abaissée pathologiquement. L'élévation de la température est jusqu'à un certain point proportionnelle à la dose du médicament, c'est-à-dire qu'avec une dose déterminée, elle atteint peu à peu un maximum qu'une dose plus élevée lui fait dépasser. Les différences que l'on observe ainsi peuvent être de plus d'un degré. L'élévation de la température ne s'accompagne pas nécessairement d'une fréquence plus grande du pouls; ordinairement cependant il en est ainsi au bout de quelques jours. En même temps, on remarque que la quantité quotidienne d'urée éliminée augmente, et, toutes choses égales d'ailleurs, le poids total du corps s'accroît également. Ces divers effets se produisent, quelle que soit la préparation ferrugineuse qui a été administrée (fer réduit ou sels de fer). L'élévation de température persiste pendant un temps assez long après la cessation de la médication, dans les cas où la température était primitivement normale. Il n'en est plus de même lorsque la température avait éprouvé un abaissement pathologique, dont les causes ne sont pas influencées par ces préparations ferrugineuses. (*Archiv. für Pathol.*, *etc.*, et *Archiv. génér. de Médec.*, juillet 1862.)

Rhumatisme articulaire aigu; *traitement par les alcalins.* Nous avons indiqué dans un article du Répertoire du numéro du 30 juillet, parmi les diverses méthodes de traitement de rhumatisme dont M. Dickinson a étudié la valeur comparative, le traitement par les alcalins comme l'un des plus efficaces et celui qui paraissait mettre le plus sûrement à l'abri des complications du côté du cœur. Voici des renseignements plus complets sur cette médication, que nous empruntons à un article inséré par M. le docteur Jaccoud, dans la *Gazette hebdomadaire.*

Golding Birg, le premier, a conseillé de traiter le rhumatisme articulaire par les alcalins, et dès lors, cette médication a été très-fréquemment mise en usage à Guy's hospital; un peu plus tard, Garrod a formulé plus nettement encore ce mode de traitement, pour lequel il emploie à peu près indifféremment le bicarbonate de potasse ou le bicarbonate de soude. Sous l'influence de cette thérapeutique, la durée moyenne de la maladie est notablement abrégée, et l'intensité des accidents rapidement atténuée; mais en outre, et ce n'est pas le résultat le moins important, la fréquence des affections cardiaques semble être beaucoup moindre. Ainsi, sur 24 malades traités par Garrod, 3 seulement ont présenté quelques accidents du cœur. A l'exemple de Garrod et d'après l'idée émise par ce médecin, que vraisemblablement tous les sels potassiques ou sodiques, susceptibles de se transformer en carbonates au sein de l'organisme, produiraient les mêmes résultats que le bicarbonate de potasse ou de soude employé jusque-là, Dickinson a basé sa médication alcaline sur l'emploi simultané de l'acétate et du bicarbonate de potasse ou de soude. Les doses ont varié d'une demi-once à une once et demie par jour, la proportion du bicarbonate étant ordinairement double de celle de l'acétate; les sels étaient le plus souvent dissous dans la dissolution officinale d'acétate d'ammoniaque. Quarante-huit rhumatisants ont été traités à Saint-Georges hospital d'après ces principes, et l'on a pris soin qu'aucune médication intercurrente ne vînt obscurcir l'appréciation des faits; sur ces quarante-huit malades, un seul a été atteint d'accidents cardiaques. La durée moyenne du séjour à l'hôpital a été de vingt-cinq jours. M. Dickinson attribue ce résultat plus avantageux encore que

celui qui a été constaté par M. Garrod à l'adjonction de l'acétate de potasse au bicarbonate de cette base.

Le travail de Dickinson démontre, en outre, la nécessité des doses élevées dans le traitement par les alcalins. Ainsi il a institué des expériences desquelles il résulte qu'une médication alcaline *partielle* (la dose des sels ne dépassant pas de 11 à 15 grammes), n'a eu qu'une influence beaucoup moins puissante, soit sur la durée totale des accidents, soit sur la fréquence des affections cardiaques.

M. Jaccoud a essayé ce traitement à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Frémy, et quoique prévenu de son efficacité, il a été surpris, dit-il, des heureux résultats obtenus. Dès le troisième jour, il a vu apparaître une détente salutaire dans le mouvement fébrile; « ce n'était pas ce ralentissement subit du pouls, cette prostration redoutable qui succède parfois à l'administration du nitrate de potasse à hautes doses. Ce que nous observions, c'était un abaissement successif dans la fréquence des pulsations et le retour graduel de la température normale; mais le phénomène qui nous a le plus frappé, c'est la diminution rapide des phénomènes douloureux; nous n'avons jamais vu les préparations narcotiques ou les altérants, la médication antiphlogistique ou évacuante apporter aux souffrances des rhumatisants un soulagement aussi prompt. » M. Jaccoud s'est servi, dans ces essais, du bicarbonate de soude. Commençant par 20 grammes pendant les deux premiers jours, et arrivant progressivement à 30 ou 40 grammes, il maintenait cette dose aussi longtemps que durait le mouvement fébrile. Pour le mode d'administration, il s'est arrêté au plus simple : le sel était dissous dans un litre de tisane de chiendent; cette solution était prise dans les vingt-quatre heures.

MM. Charcot et Vulpian ont également expérimenté cette méthode, l'un à Lariboisière, l'autre à l'Hôtel-Dieu, en se conformant tous deux, pour l'administration du médicament, aux préceptes de M. Garrod, sauf toutefois qu'ils ont employé le bicarbonate de soude au lieu du bicarbonate de potasse. Ils ont traité ainsi dix-sept rhumatisants, tous atteints de rhumatisme poly-articulaire. Il leur a paru que dans tous ces cas la durée totale de la maladie avait été très-notablement abrégée, de douze jours environ pour les cas moyens et après cinq à six jours de médication; de vingt jours avec douze ou quinze jours de traitement pour les cas les plus intenses. Malgré l'administration du bicarbonate de soude à doses aussi élevées et aussi longtemps maintenues, il n'est survenu aucun effet pathogénétique de nature à inspirer la moindre inquiétude. La maladie s'amoindrissait graduellement; dans aucun des dix-sept cas il ne s'est produit d'affection cardiaque appréciable. La convalescence a été courte en général, et les malades, bien que souvent amaigris, ont rapidement récupéré leurs forces. (*Gaz. hebdomad.*, juillet et août 1862.)

Ricin (*Propriétés galactogogues des feuilles du*). Nous signalions dernièrement l'usage qui paraît avoir été fait avec succès de l'écorce de cascarille pour activer la sécrétion du lait chez les animaux, et nous disions que peut-être, si cette action est réelle, cette substance pourrait être employée avec avantage également dans l'espèce humaine. Il est un autre agent qui, au dire de plusieurs médecins anglais, aurait la même vertu : nous voulons parler des feuilles du *ricinus communis*, dont il a déjà été, du reste, question dans ce journal, précisément à ce même titre d'excitant de la sécrétion lactée. Cet agent, le docteur William Gilfillan l'a expérimenté à son tour, et avec de bons résultats, mais malheureusement dans un seul cas. Ce cas, toutefois, s'il est unique pour notre confrère, n'est pas en réalité un fait isolé, et en venant s'ajouter à d'autres qui ont été publiés précédemment, il prend plus de valeur, et ainsi mérite d'être cité. On comprend du reste que, s'il y a des résultats à espérer, c'est chez les femmes dont la santé est bonne d'ailleurs, mais chez lesquelles la lactation ne manque à s'établir que par simple atonie de la glande mammaire. Voici le fait de M. Gilfillan.

Mme H*** accoucha d'un premier enfant à terme en juillet 1860. Comme l'accouchement avait été heureux, qu'il ne survint à la suite aucun accident, que la santé, l'état des forces étaient excellents, il y avait lieu d'espérer que cette dame pourrait nourrir comme elle le désirait. Cependant les seins, peu développés, semblables à ceux d'une vierge, ne fournissant aucune sécrétion, on eut recours aux moyens stimulants ordinaires, succions, frictions, fomentations, emploi de la pompe; rien ne fit, et la mère

dut, à son grand regret, renoncer au plaisir d'allaiter elle-même son enfant.

En juillet 1861, nouvel accouchement également à terme, et cette fois encore nulle apparence de sécrétion lactée, nul développement des seins, nul phénomène qui pût faire espérer que cette sécrétion fût sur le point de s'établir. Dans ces conditions, M. Gilfillan, renonçant aux moyens qui, un an auparavant, ne lui avaient procuré aucun résultat, se détermina à recourir à l'emploi des feuilles de ricin, *intus et extra* : à l'intérieur, il administra l'extrait de ces feuilles, à la dose de trois cuillerées à café par jour ; et extérieurement, il fit couvrir les mamelles de cataplasmes chauds préparés avec ces mêmes feuilles (sèches) réduites en poudre ; deux heures après, l'accouchée dit éprouver dans les seins une sensation étrange, dont l'intensité lui parut s'accroître à chaque dose qu'elle prit ensuite du médicament. Dès le lendemain, il y avait un léger écoulement de lait. Les applications topiques ne purent être faites qu'une fois, parce que la quantité de feuilles qu'on avait pu se procurer, ne permit pas de les renouveler ; mais l'usage interne de l'extrait fut continué, et le deuxième jour le lait était venu en assez grande abondance pour permettre de commencer l'allaitement et de le continuer. (*Amer. med. Times*, et *Dublin med. Press*, février 1862.)

VARIÉTÉS.

De la restauration mécanique des mâchoires supérieure et inférieure.

De toutes les infirmités de la face, il n'en est pas qui fassent mieux sentir l'étendue de la lacune laissée dans la *chirurgie restauratrice* par le silence gardé sur les ressources des moyens prothétiques, que celles créées par les pertes de substances affectant les mâchoires. Le rôle important que jouent les maxillaires supérieur et inférieur dans les fonctions de la bouche, font que la mutilation de ces os n'affecte pas seulement la régularité des traits du visage, mais apporte des troubles considérables dans la phonation et surtout dans la mastication.

La valeur des ressources de l'art se mesurant surtout d'après les services rendus aux malades, nous n'hésitons pas à appeler tout spécialement l'attention de nos confrères sur les résultats des tentatives de restauration mécanique de ces parties de la charpente osseuse.

L'histoire de ce point de la question prothétique est peu riche en documents. Les exemples des grandes mutilations de la face apparaissent surtout avec l'invention des armes à feu et, d'autre part, la restauration complète des parties mutilées pose des problèmes de mécanique que l'industrie de cette époque n'était pas en état de résoudre. La prothèse devait donc se borner à l'emploi de masques ; Amb. Paré nous en fournit le premier témoignage. Dans son court chapitre sur le moyen de réparer le *vice de la face défigurée*, on lit :

« Il aduient qquesfois, par vne brusleure de poudre à canon, charbon pestiféré, ou autre occasion, que la face est demeurée extremement hideuse, de façon que le malade est grandement espouuantable à voir, à ceux-là il leur faut bailler vne masque faite si proprement, qu'ils puissent conuerser auec les hommes. »

Du reste, même au début de ce siècle, c'est encore à ce simple artifice qu'on a eu recours pour remédier à la plus grave des mutilations accidentelles à laquelle l'homme est exposé ; car je doute que la science, malgré ses hardiesses, ose jamais, même pour le salut des malades, créer une perte de substance aussi considérable. Je fais allusion ici à ce soldat que l'on a vu longtemps à l'Hôtel des Invalides de Paris, et auquel un boulet avait détruit la plus grande partie de la face. Cet illustre mutilé, après avoir, pendant plus de vingt ans, supporté

son sort avec résignation, a fini par perdre courage et s'est suicidé ! En face de semblables actes on se prend à regretter les lacunes de la chirurgie restauratrice, et ce sont quelques exemples analogues de défaillance morale qui nous ont porté à entreprendre la tâche à laquelle nous nous sommes voué.

Voici le fait. Il mérite d'être rappelé ici, quoiqu'il ne soit pas unique dans la science, ainsi qu'on l'a avancé.

Obs. *Destruction de la presque totalité de la face par un boulet de canon.— Usage d'un masque pendant vingt années. — Suicide. — Examen du squelette de la face* [1]. — Louis Vauté, caporal dans la 88e demi-brigade d'infanterie de ligne, est atteint, pendant le siége d'Alexandrie, par un boulet de canon qui, dirigé obliquement, lui emporte presque la totalité de la face. Une partie de l'os de la pommette droite, les deux maxillaires supérieurs, les deux os propres du nez et les cartilages, le vomer, la lame perpendiculaire de l'ethmoïde et le car-



Fig. 1.

tilage de la cloison, l'os de la pommette gauche, une portion de l'arcade zygomatique de ce côté, ainsi que les trois quarts du maxillaire inférieur et une portion de la langue furent détruits, et toutes les parties molles correspondantes dilacérées. Ce militaire fut compté tout d'abord au nombre des morts. Le chirurgien en chef de l'armée, Larrey, dont la vigilance ne connaissait pas de bornes, parcourant le champ de combat, rencontra dans une fosse de Caprier cet infortuné, ne donnant d'autre signe de vie que quelques mouve-

[1] L'observation complète de cette grave mutilation se trouve rapportée en entier dans les *Mémoires et campagnes de Larrey*, puis, par Ribes dans le *Dictionnaire des Sciences médicales*.

ments qu'il faisait avec l'une de ses mains. Il était couché sur le ventre et couvert de poussière. Aidé de l'un des soldats de l'armée, Larrey le souleva et le mit sur son séant, ayant peine à comprendre comment il avait pu survivre quelques minutes à l'horrible blessure dont il était atteint. Rien de plus effrayant que l'aspect de cette plaie profonde remplie de fragments osseux, de lambeaux de chairs et de caillots de sang mêlés de poussière. Larrey le fit transporter dans l'un des hôpitaux d'Alexandrie, et lui prodigua ses soins. Il retrancha les parties désorganisées, enleva les esquilles osseuses et isolées de leur périoste, lia les artères coupées par le bistouri; enfin réunit les bords anguleux de cette solution de continuité à l'aide de la suture et d'autres moyens unissants et contentifs. Grâce aux soins tout particuliers dont Larrey entoura ce blessé, il guérit; ainsi pendant la période de détersion de la plaie on fut obligé de nourrir Vauté à l'aide d'une sonde œsophagienne, que l'on introduisait d'autant plus facilement que l'arrière-bouche était complétement à découvert. Plus tard il se nourrit lui-même avec des boulettes de riz et de viande hachée qu'il jetait dans le fond de son gosier, à l'instar de l'éléphant; il n'a cessé de s'alimenter ainsi jusqu'à l'époque de sa mort.

Ribes, dans l'observation de Vauté qu'il rapporte dans le Dictionnaire des sciences médicales (t. XXIX, p. 427), nous donne la description de l'état de la blessure, alors que ce mutilé habitait l'Hôtel des Invalides. Les détails plus précis encore fournis par l'autopsie, que nous publions un peu plus loin, nous permettent de nous borner à reproduire le dessin de cette horrible mutilation (fig. 1). Un simple coup d'œil suffit pour se convaincre que la parole et la mastication étaient impossibles. Muni d'un masque doré à l'intérieur et couvert d'une couche de couleur de chair à l'extérieur, il cachait sa difformité et parvenait à se faire entendre un peu; mais la plus grande incommodité dont il se plaignait était l'écoulement incessant de la salive qui était reçue par des compresses placées dans la partie inférieure de son masque; il était obligé de renouveler ces linges plusieurs fois dans la journée.

Malgré tous ces inconvénients pénibles, Vauté a, pendant près de vingt années, supporté son existence avec la plus entière résignation. Cependant le courage a fini par lui manquer, et en 1821, il mit fin à ses misères! Aussitôt que Larrey apprit son suicide, il s'efforça de se procurer la tête de Vauté, et voici ce qu'il a constaté :

1° La perte de substance opérée par le boulet était limitée à la coupe elliptique indiquée plus haut; ses limites sont du côté gauche à la paroi inférieure de l'orbite dépourvue de son bord correspondant, l'os de la pommette qui le forme ayant été emporté;

2° La voûte palatine et les fosses nasales étaient détruites jusqu'à l'os ethmoïde inclusivement;

3° Toute la paroi inférieure et une portion de la paroi interne de l'orbite, jusqu'à la base du crâne, avaient été également détruites par le projectile;

4° Les deux tiers de la mâchoire inférieure manquaient. La moitié droite de la portion centrale de cet os, ayant conservé trois dents, s'était soudée sur une partie de la surface de sa branche droite fracturée. La portion de cette branche, qui comprend l'apophyse coronoïde et le condyle s'était fortement déprimée en arrière, pour se mettre en rapport avec les autres fractions du même os, mais elle n'avait pu s'y souder, parce que le contact n'avait point été assez immédiat;

5° Tous les points de ces os coupés par le boulet s'étaient amincis et arrondis,

afin de se mettre en harmonie avec la cicatrice des parties molles, formant un bourrelet froncé et inégal autour de l'ouverture elliptique qui s'observait au milieu du visage aplati et entièrement défiguré de ce malheureux invalide [1].

Dans ce cas, ajoute Larrey, comme chez tous les sujets ayant subi des mutilations analogues, la nature avait fait les plus grands efforts pour réparer le désordre et resserrer le vide immense qui était résulté de cette blessure ; mais au lieu d'un épanchement de sucs cartilagineux ou osseux (ou de ce prétendu travail de régénération dont quelques auteurs modernes nous parlent encore), il y a eu au contraire partout réduction et concentration, ainsi que dans les ouvertures du crâne.

Enfin Larrey ne laisse pas échapper l'occasion d'exhorter les jeunes chirurgiens militaires à ne jamais ralentir leur zèle, même en face des cas les plus désespérés. Il s'appuie également sur ce fait pour inviter les chirurgiens à pratiquer l'extirpation de très-grandes portions de la mâchoire supérieure et de la totalité de l'os maxillaire inférieur, toutes les fois que ces opérations sont reconnues indispensables pour le salut des malades. A cet égard son conseil a été entendu, et depuis une vingtaine d'années la chirurgie civile a fourni de nombreux exemples de l'extirpation des maxillaires ; nous en rappellerons plusieurs dans le cours de cet article.

Nous pourrions produire ici un second exemple de mutilation non moins étendue de la face, que nous avons observé chez un ouvrier carrier placé, en 1844, dans le service du professeur Roux, à la Charité ; il prouverait que, dans nos hôpitaux civils, ces ambulances du soldat du travail, on observe souvent des blessures non moins graves que sur les champs de bataille. Mais, comme dans ce cas il y a eu un essai d'intervention de la chirurgie réparatrice, cette observation sera mieux à sa place à la fin de cet article, alors que nous examinerons les ressources qu'offre l'autoplastie pour préparer ou faciliter l'emploi des pièces mécaniques.

(*La suite au prochain numéro.*)

De la Médecine dans nos provinces,

par M. le docteur Féron, de Bayeux.

Je viens de faire un petit voyage dans le Perche : mes malades m'ont fait ces loisirs. Cette fugue n'avait pas un but scientifique, j'allais voir, à Mortagne, des personnes qui me sont chères ; je profitai, toutefois, de cette occasion pour visiter la grande Trappe, et présenter mes respectueux hommages au docteur Debreyne, le Nestor de la médecine française, une vieille connaissance du *Bulletin de Thérapeutique.* Il y a douze ans que j'avais eu l'honneur d'aller voir le bon père ; j'accompagnais alors une jeune dame qui désirait le consulter.

Dès cette époque, j'avais reçu les encouragements de cet éminent praticien pour quelques travaux que j'avais publiés sur la fièvre typhoïde et son traitement, sa contagion, etc. ; sur l'indication que fournit le météorisme dans les fièvres graves. « Eh bien ! me dit-il en m'abordant, traitez-vous toujours les fièvres essentielles avec les purgatifs, les toniques, l'eau vineuse et la décoction de bœuf ? — Oui, mon cher confrère, je m'en trouve bien, mes malades encore mieux, et je persiste plus que jamais dans cette méthode. — Continuez, me dit-il, vous êtes dans la bonne voie ; ces maladies sont moins graves, leur durée moins longue et la convalescence presque nulle ; la diète est un mauvais moyen. Main-

---

[1] La tête de Vanté a été donnée, par M. Larrey fils, au musée du Val-de-Grâce.

tenant, mon cher ami, me voilà vieux et je ne fais plus que de la médecine contemplative; je n'écris plus, et, si je faisais quelque ouvrage, ce serait un travail philosophique contre la médecine.— Auriez-vous perdu vos illusions ? — Pas le moins du monde; mais il y a tant de mauvais médecins, tant d'empiriques; je finis par croire que si les malades étaient abandonnés à la nature, ils guériraient plus vite et plus sûrement, et ne seraient pas exposés à tomber dans les mains de ces médicastres qui sont nombreux, très-nombreux, soyez-en bien convaincu.— Mais, mon bon père, il ne faut pas plus accuser la médecine que la religion, parce qu'elles ont de mauvais ministres, et cependant je vous avouerai, en toute humilité, qu'il y a plus de mauvais médecins que de mauvais prêtres.» La cloche du monastère se fit entendre et je pris congé du vénérable docteur.

A peine revenu chez moi, je me rappelai les paroles du vieux praticien et, jetant un regard rétrospectif sur mes trente années d'exercice dans l'art de guérir, je reconnus promptement que j'avais rencontré beaucoup de médecins et que j'avais été témoin de nombreuses erreurs; je passe condamnation sur les erreurs et j'ai pour elles les mains pleines de miséricorde. Quel médecin a la prétention de ne jamais se tromper ? Pardon, j'en connais un qui dit ne s'être jamais trompé. Un jour, permettez-moi cette petite digression, je fus appelé en consultation avec cet étonnant confrère auprès d'un malade atteint d'une hémorrhagie cérébrale ; celui-ci avait été saigné et de nombreuses sangsues pendaient encore aux apophyses mastoïdes.« J'ai prescrit à ce malade de l'émétique en lavage, me dit-il, j'ai mis 7 centigrammes de tartre stibié dans 100 grammes d'eau. — Je croyais, cher confrère, que la dose de l'eau était d'un litre, quantité indiquée dans tous les formulaires?»Pour toute réponse un rire sardonique vint contracter sa lèvre dédaigneuse.

Un autre jour, le même médecin se trouvait en consultation avec un de mes amis, il s'agissait d'une affection syphilitique : ulcération du voile du palais et de la voûte palatine (accidents tertiaires); le confrère lui proposa l'emploi de l'iodure de potassium.« Mais, monsieur, dit-il, on n'emploie ce sel que dans les maladies scrofuleuses. « Il ne connaissait pas, l'orgueilleux docteur, les travaux de mon ami Ricord. Voyez où l'infaillibilité nous mène !

Je reviens à mes moutons. Oui, je conçois une erreur, mais je voudrais du moins qu'on fût logique dans l'application des remèdes et qu'on ne vît pas dans la même prescription ces accouplements monstrueux de médicaments qui dénotent la sottise et l'ignorance des médecins qui les emploient. Je ne peux résister au désir de faire passer, sous vos yeux, pour votre édification, quelques formules magistrales assez curieuses, et dont je possède les originaux. Je cite :

Acétate d'ammoniaque.................. 10 grammes.
Teinture thébaïque..................... 2 grammes.
Teinture de belladone.................. 2 grammes.
Eau-de-vie allemande................... 20 grammes.
Une cuillerée à café, toutes les deux heures, dans une tasse de saponaire.

Autre.

Potion calmante du Codex.
Extrait thébaïque...................... 6 centigrammes.
Esprit de Mindérérus................... 6 grammes.
Elixir de longue-vie................... 6 grammes.

Voilà une prescription bien capable d'abréger celle du malade.

Autre.

Eau distillée de mélisse................	150 grammes.
Teinture d'Huxam......................	4 grammes.
Sirop de gentiane......................	30 grammes.

Très-bien ! attendez :

Laudanum..............................	gouttes n° XXIV.

Turpiter atrum desinit in piscem.

Autre.

Gomme arabique........................	15 grammes.
Fruits béchiques.......................	30 grammes.
Tête de pavot..........................	N° ij.
Séné..................................	4 grammes.
Ipéca.................................	2 grammes.
Racine de valériane....................	4 grammes.
Absinthe marine.......................	3 grammes.

Pour deux litres d'eau.

Je vous dirai tout bas que lorsque le même médecin prescrit ce breuvage à quelque jeune lévite, et l'église a chez nous un grand centre, il y fait ajouter, dans un but très-moral sans doute, quelques grammes de nénuphar.

Je pourrais multiplier ces citations, dire que ces prescriptions émanent de docteurs à clientèle nombreuse ! Pauvres gens qui ne voient que des symptômes, sans apercevoir le siége ou la nature de la lésion organique qui les déterminent, l'état d'ensemble, résultat d'un empoisonnement miasmatique, alors que chaque organe fait entendre sa souffrance par la voix qui lui est propre ! Les voilà revenus à traiter chaque symptôme par un spécifique : la toux par un looch, les vertiges par la saignée, l'hydropisie par le sel de nitre, et les palpitations par la digitale. Eblouis par ces signes variés de la maladie, qui ne sont que les cris de douleur des divers agents de l'organisme, ils ne peuvent en saisir le principe et l'origine ; alors ils appellent à leur secours le bizarre assemblage des antidotes, et font un informe salmigondis de drogues, dont je viens de vous offrir le triste spécimen.

Un jour, je faisais part de toutes ces rapsodies à un de nos confrères aussi intelligent que spirituel, il me dit avec son air narquois : « Ce n'est pas aussi ridicule que vous le pensez ; ces médecins ignorent l'affection qu'ils ont à traiter, alors ils ingèrent plusieurs médicaments dans les entrailles de leurs malades, la nature choisit celui qui convient à la maladie : » *Risum teneatis !* Non, ce n'est pas risible du tout ; c'est déplorable de voir en plein dix-neuvième siècle ces cuisiniers arabesques dignes des colères de Guy-Patin. »

J'ai vu d'autres confrères, et je le dis pour l'instruction de ceux qui liront ces lignes, faire une médecine routinière, s'attacher à un médicament, le sulfate de quinine, par exemple, le faire entrer dans toutes leurs prescriptions, l'employer quelquefois pendant quarante jours ; je connais un malade qui en a pris pour des sommes fabuleuses. Aussi, il faut voir les brillants résultats. D'autres, enfin, sont ancrés à une médication, ne l'abandonnent jamais, et ces aveugles-nés de la science ne peuvent voir qu'ils font fausse route. A cette occasion, permettez-moi de vous raconter une petite anecdote que je tiens d'une noble dame : La fièvre typhoïde *décimait* la population des environs d'une petite ville (je ne veux pas citer le nom du département), riches et pauvres étaient atteints par le fléau ; le médecin qui les soignait, dînant au château, tint

à peu près ce langage : « C'est extraordinaire, je visite rarement les pauvres, je fais souvent aux riches deux ou trois visites par jour ; les pauvres guérissent, et les riches meurent. — Madame, lui dis-je, votre médecin est d'une ingénuité et d'une candeur adorables. Tirez la conséquence. »

Quel est donc le moyen de faire disparaître un jour de la science médicale ces médecins d'un autre siècle. Il faut plus de sévérité dans les examens ; il faut de fortes études en thérapeutique et en matière médicale ; il faut que les médecins aient toujours entre les mains les ouvrages classiques de MM. Trousseau et Pidoux, de M. Bouchardat : *Nocturna versate manu, versate diurna* ; il faut qu'ils se retrempent toujours par la lecture des grands journaux de médecine ; il faut, enfin, une attention soutenue dans l'examen des malades, ne pas faire des visites au galop et s'endormir ensuite dans une douce quiétude. Ah ! si encore le bon public savait discerner l'ivraie du bon grain ; mais non, car trop souvent, hélas ! les plus ignorants ont la plus nombreuse clientèle.

P. S. Ces lignes étaient écrites lorsque nous avons lu, avec bonheur, l'arrêté du ministre relativement au stage dans les hôpitaux, mesure qui doit, nous en sommes convaincu, produire d'excellents résultats.

Le doyen de la Faculté de médecine de Paris a adressé au ministre de l'instruction publique et des cultes le rapport suivant :

Monsieur le ministre,

Dès que j'ai été appelé, par la haute confiance de l'empereur, à la tête de la Faculté de médecine de Paris, je me suis préoccupé des moyens les plus propres à étendre et à compléter l'enseignement de cette école.

La Faculté de médecine de Paris doit un enseignement complet aux étudiants dont elle fera des docteurs.

Son vœu le plus vif est d'attirer les élèves et de les retenir dans son sein. Fidèle à la gloire de son passé, elle a conservé la noble ambition d'être le centre scientifique où viennent affluer les étudiants et les docteurs de tous les pays ; aussi elle comprend que l'enseignement doit répondre à tous les besoins ; il faut que cet enseignement ait l'éclat et le nombre, et pour cela il faut aussi qu'il soit à la fois *général et spécial*.

Si l'enseignement général est largement organisé, s'il est distribué par d'éminents professeurs avec une incontestable supériorité, il existe cependant, pour les *spécialités*, une lacune qu'il est nécessaire et facile de combler sans rien changer au régime fondamental de la Faculté.

En effet, en appelant à l'enseignement des *spécialités* des agrégés libres, médecins ou chirurgiens des hôpitaux, l'Université utilisera à la fois l'aptitude à l'enseignement dont ils auront déjà fait preuve, et leur savoir et leur expérience, et, par cette nouvelle application de l'agrégation, on fortifiera de plus en plus, par les *cours complémentaires*, les études pratiques, si importantes dans un art long et difficile.

Le nombre et la nature des cours complémentaires, que le ministre de l'instruction publique est toujours libre d'instituer comme de simples cours auxiliaires à côté des grandes chaires, pourront varier suivant les exigences de l'enseignement et les progrès de la science.

J'ai l'honneur d'être, etc. RAYER.

Sur ce rapport du doyen, M. le ministre a pris l'arrêté suivant :

ART. 1er. — Il est établi dans la Faculté de médecine de Paris des *cours*

complémentaires des études médicales pratiques, à titre d'enseignement auxiliaire.

Art. 2. — Cet enseignement auxiliaire se composera des cours complémentaires spéciaux ci-après :

1° Cours clinique des maladies de la peau, M. Hardy;

2° Cours clinique des maladies syphilitiques, M. Verneuil;

3° Cours clinique des maladies des enfants, M. Roger;

4° Cours clinique des maladies mentales et nerveuses, M. Lassègue;

5° Cours clinique d'ophthalmologie, M. Follin;

6° Cours clinique des maladies des voies urinaires, M. Voillemier.

Art. 3. — Les agrégés libres seront chargés de ces cours complémentaires. Ils devront être médecins ou chirurgiens des hôpitaux.

Art. 4. — Ils seront nommés pour trois ans par le ministre, sur la présentation d'une liste de deux candidats (pour chaque cours) dressée par la Faculté de médecine.

Pour l'année scolaire 1862-63, la nomination sera faite directement par le ministre ([1]).

A propos de ces cours complémentaires de la Faculté, on lit dans le *Courrier du Bas-Rhin* : « Il nous sera permis de dire, à l'éloge et à l'honneur de la Faculté de médecine de Strasbourg, que ces cours spéciaux, que l'on introduit à Paris comme une innovation utile, comme un complément nécessaire des études pratiques, existent depuis longtemps à la Faculté de médecine de Strasbourg. Ainsi, en parcourant le tableau des cours de la Faculté, qui est déjà fixé pour l'année scolaire 1862-1863, commençant le 15 novembre prochain, nous y trouvons : *Pour le semestre d'hiver :* une clinique des maladies syphilitiques et cutanées, par M. le professeur Michel; une clinique des maladies chroniques, par M le professeur Coze. *Pour le semestre d'été :* une clinique des maladies des yeux, par M. le professeur Stœber; une clinique des maladies des enfants, par M. le professeur Tourdes; une clinique des maladies syphilitiques et cutanées, par M. le professeur Michel; une clinique des maladies chroniques, par M. Hecht, agrégé; une clinique des maladies mentales, par M. Dagonet, agrégé et médecin à l'hospice des aliénés de Stéphansfeld.....

Indépendamment de cet enseignement si multiple, si varié, théorique et pratique à la fois, le programme de la Faculté de médecine comprend, en outre, en été comme en hiver, une série de conférences et d'exercices pratiques auxquels les élèves prennent part, sous la direction des professeurs et agrégés, et qui ont pour but de les initier à tous les détails de la pratique médicale et chirurgicale, quelle que soit la destination ultérieure de chacun d'eux dans les campagnes comme dans les villes.

Sont chargés de présider la session d'examen des Ecoles préparatoires qui doit s'ouvrir dans le mois de septembre prochain. — Pour les Ecoles de Reims, d'Amiens, d'Arras, de Lille, de Caen et de Rouen : MM Gavarret et Chatin. — Pour les Ecoles de Rennes, de Nantes, d'Angers, de Poitiers, de Tours et de Limoges : MM. Denonvilliers et Guibourt. — Pour les Ecoles de Nancy, de Besançon, de Lyon et de Dijon : MM. Coze et Kirschleget. — Pour les Ecoles de Marseille, de Grenoble, de Clermont, de Toulouse, de Bordeaux et d'Alger : MM. Denonvilliers et Planchon. M. Denonvilliers est autorisé à se faire suppléer pour la présidence du jury de l'Ecole d'Alger, par M. Rouget, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

On lit dans le *Moniteur* :

« Le ministre de l'instruction publique a été consulté sur la question de savoir si les aspirants au doctorat en médecine qui, au mois de novembre prochain, vont entrer dans leur quatrième année d'études, et qui auront alors ac-

---

([1]) Un second arrêté vient de désigner les agrégés qui seront chargés de ces cours, ce qui nous a permis de publier leurs noms.

compli la condition d'une *année de stage* dans les hôpitaux, imposée par l'ordonnance du 3 octobre 1841, seront astreints aux nouvelles conditions du décret du 18 juin 1862, exécutoire à partir du 1er novembre 1862, et forcés de faire une *deuxième année de stage*.

« Bien que l'extension donnée aux conditions du stage soit un véritable bienfait pour les étudiants eux-mêmes, qui ont tout intérêt à en profiter pour assurer le succès de leurs études, néanmoins, il n'a pas paru au ministre que l'on pût également obliger ceux qui ont accompli les conditions qui étaient les seules exigées avant le 1er novembre 1862 à en remplir de nouvelles. Une circulaire adressée à MM. les recteurs des Académies et à MM. les doyens des Facultés de médecine et directeurs des Ecoles préparatoires, leur fait donc connaître que les dispositions du décret du 18 juin 1862, relatives aux stages dans les hôpitaux, ne sont point applicables aux étudiants qui, au 1er novembre 1862, auront accompli complétement les conditions de stage exigées par l'ordonnance du 3 octobre 1841. »

Par divers décrets rendus à l'occasion de la fête du 15 août, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur:

Au grade de commandeur : MM. Barthez, médecin-directeur de l'hôpital militaire de Vichy, et Hutin, médecin-inspecteur des armées.

Au grade d'officier : MM. Armand, médecin-major de 1re classe; Bigot, chirurgien principal de la marine; Danyau, chirurgien en chef de la Maison d'accouchements; Decaisne, professeur au Muséum; Ehrmann, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg; Gavarret, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Godelier, médecin principal de 1re classe; Hervez de Chégoin, membre de l'Académie de médecine; Laborie, médecin en chef de l'Asile impérial de Vincennes; Lecocq, professeur à la Faculté des sciences de Clermont; Louvel, chirurgien des Maisons impériales de Saint-Denis et d'Ecouen; Roche, membre de l'Académie de médecine.

Au grade de chevalier : MM. Bérenger, chirurgien de 2e classe de la marine; Bergonier, médecin à Paris; Berquier, pharmacien aide-major de 1re classe; Blot, agrégé près la Faculté de médecine de Paris; Caviole, maire de Cahors, médecin de l'hospice; Cédont, chirurgien de 2e classe de la marine; Couffon, chirurgien de 2e classe de la marine; Cyvoct, du Conseil général de l'Ain, médecin de l'hôpital de Belley; Daremberg, bibliothécaire à la bibliothèque Mazarine; Delmas, médecin du bureau de bienfaisance du 1er arrondissement de Paris; Desbarreaux-Bernard, professeur à l'Ecole préparatoire de Toulouse; Desjardins de Morainville, médecin de l'association des artistes; Dubourquois, chirurgien de 2e classe de la marine; Duchartre, membre de l'Institut; Daumas, médecin aux eaux de Vichy; Duclos, médecin de l'hospice de Saint-Gatien, à Tours; Dumas, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Faure, pharmacien-major de 1re classe; Fillolet, médecin en chef de l'hospice d'Elbeuf; Garreau, professeur à l'Ecole préparatoire de Lille; Gubian, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon; Hattute, médecin-major de 2e classe; Aguilhon, médecin des épidémies de l'arrondissement de Riom; Blatin, médecin à Paris; Guillaume, membre du Conseil d'hygiène de Sarreguemines; Guillonzo, médecin sanitaire à Saint-Nazaire; Houzelot, médecin des épidémies de l'arrondissement de Meaux; Hupé, aide-naturaliste au Muséum; Jacquot, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Dié; Jacquemier, membre de l'Académie de médecine; Japiot, médecin-major de 2e classe; Lavocat, professeur à l'Ecole vétérinaire de Toulouse; le docteur Gervais (de Caen), directeur de l'Ecole supérieure du commerce; Le Bret, médecin inspecteur des eaux thermales de Baréges; Lebidois, professeur à l'Ecole préparatoire de Caen; Lombard, médecin des Jeunes aveugles; Mabit, médecin du lycée de Bordeaux; Macé, chirurgien de 1re classe de la marine; Meurs, médecin-major de 2e classe; Moutard-Martin, médecin à l'hôpital Beaujon; D'Orbigny, aide-naturaliste au Muséum; Pellarin, chirurgien de 1re classe de la marine; Péruy, médecin-major de 2e classe; Poggioli, ancien chirurgien militaire; Pressat, médecin des épidémies de l'arrondissement de Nice; Sollier, médecin-major de 2e classe; Thomas, professeur à l'Ecole préparatoire de Tours; Thore, membre du Conseil d'hygiène de l'arrondissement de Sceaux; Tisserand, professeur à l'Ecole vétérinaire de Lyon; Tixier, professeur à l'Ecole préparatoire de Clermont.

Pour les articles non signés, **E. DEBOUT.**



THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'emploi du sulfate de quinine à une certaine période du rhumatisme articulaire aigu.

Je n'ai pas l'intention, dans cette courte notice, d'étudier la médication quinique comme méthode générale dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu : bien qu'il ne soit pas encore démontré que les méningites graves qui se sont rencontrées quelquefois dans le cours de cette affection, essentiellement générale, doivent être attribuées à l'emploi de cette médication, dans les cas mêmes où l'alcaloïde du quinquina a été employé à doses élevées, la saine physiologie, comme une pratique prudente, commandent de ne recourir qu'avec une grande circonspection à cette médication comme méthode générale et exclusive dans le traitement de l'affection rhumatismale. Cette terrible complication du rhumatisme articulaire aigu ne s'est pas vue uniquement dans les cas où, pour combattre le mal, on mit exclusivement en usage le sel de quinine : quoique moins rarement, semble-t-il, on l'a vue également éclater dans le cours de la maladie, alors qu'aucune médication ne lui était opposée, qu'on pût rendre responsable de l'affection du centre principal de l'innervation. Rien qu'à considérer les choses de ce point de vue, dont la justesse ne peut être contestée, on ne peut nier cependant que les faits, qu'on peut invoquer pour résoudre directement la question qui se pose ici, ne sont ni assez nombreux, ni assez univoques en leur signification pour autoriser une conclusion qui règle et commande légitimement la pratique. Mais, à défaut de ces faits directs qui fassent disparaître toute incertitude d'un esprit sérieux, il est permis d'arguer de faits d'un autre ordre, non pour résoudre la question, mais pour se diriger dans l'emploi de cette médication avec la prudence qui est la sagesse même de la science.

Les médecins militaires, qui ont largement usé du sulfate de quinine pour combattre les fièvres intermittentes franches et les fièvres pseudo-continues d'Afrique, comme les médecins des hôpitaux de Paris, qui, dans ces dernières années, ont opposé la même médication à diverses maladies, les névroses, le rhumatisme articulaire aigu, etc., tous ont unanimement remarqué l'influence prononcée que ce sel exerce sur le système nerveux central : vertiges, céphalalgie, modifications profondes des sens, obnubilation de la vue, surdité plus ou moins prononcée, tels sont les principaux phénomènes par lesquels se traduit à l'observation l'action de l'alcaloïde du quin-

quina sur la substance encéphalique. Or, il est impossible, si peu qu'on consente à se laisser diriger, dans l'explication des faits de la pathologie, par les notions puisées dans l'analogie des phénomènes de l'ordre vital, de ne pas saisir le rapport qui lie ces accidents aux manifestations pathologiques graves qu'on voit survenir quelquefois du côté des centres nerveux dans le cours d'un rhumatisme articulaire, et dont nous parlions il n'y a qu'un instant. Mais ce n'est pas tout : s'il est un fait qui ne doit jamais être perdu de vue, quand on se propose d'agir sur une maladie donnée, pour en abréger la durée, ou en prévenir la terminaison funeste, par une modification profonde imprimée à la vie nerveuse, c'est la différence énorme de réceptivité qui existe chez les malades vis-à-vis des agents auxquels on a recours pour produire cette modification médicatrice. Non-seulement ici il faut tenir compte du sexe, de l'âge, des maladies antérieures, mais il faut, sous peine de se heurter à des difficultés imprévues, s'enquérir des aptitudes et surtout des imminences morbides, des servitudes pathologiques, quand il en existe; il faut, enfin, s'il se peut, prévoir ces susceptibilités idiosyncrasiques, par suite desquelles M. Rayer jeta dans un narcotisme inquiétant une jeune femme à laquelle il avait prescrit quelques gouttes seulement de laudanum de Sydenham.

En présence des phénomènes dont je rappelais tout à l'heure les principaux, et qui s'observent presque constamment, pour peu qu'on force les doses du sulfate de quinine dans un état quelconque de l'économie, il est impossible de ne point hésiter, avant de recourir à cet agent énergique, pour combattre par lui exclusivement le rhumatisme articulaire aigu, où les plus formidables coïncidences peuvent se produire du côté des centres nerveux. Nous savons bien que les craintes que nous exprimons ici, les fauteurs de cette méthode hardie se sont efforcés de les combattre, en citant un grand nombre de faits où cette médication a été mise en usage, sans qu'aucun des accidents redoutés se soit produit; mais ces faits ne détruisent pas les faits contraires, et M. Briquet lui-même, qui se montre si explicite dans ses affirmations sur l'efficacité de la médication quinique dans le rhumatisme polyarticulaire surtout, y met des restrictions, la croit contre-indiquée dans le cas de fièvre inflammatoire concomitante intense, et cite des cas de mort survenue par suite de lésions encéphaliques graves dont on est invinciblement porté à rendre responsable la médication employée.

Cet habile clinicien a proposé toute une théorie pour expliquer l'action du sulfate de quinine à hautes doses dans le rhumatisme;

qu'on me permette de rappeler, en citant ici un court passage de son livre, le *Traité thérapeutique du quinquina*, sa pensée sur ce point. « Le sulfate de quinine, dit-il, agit-il sur le rhumatisme en ralentissant la circulation et en attaquant l'état phlegmasique? La chose est certaine, et, comme on l'a vu, ce fut cette considération qui me conduisit à mettre en usage le sulfate de quinine... Mais ce mode d'action ne me paraît pas être le seul : l'observation montre qu'il se produit une sédation de l'encéphale, analogue à celle que développent les opiacés dans les maladies douloureuses, et, enfin, le rhumatisme étant une maladie qui, à l'exemple des affections intermittentes, procède par raptus, il est évident que le sulfate de quinine attaque le système nerveux de manière à le mettre, comme il le fait dans les maladies intermittentes, hors d'état de conduire les actions morbides qui constituent ces raptus. » Cette explication, si ingénieuse qu'elle soit, il faut bien le reconnaître, ne satisfait qu'incomplétement l'esprit. Si le sulfate de quinine ne faisait, par son action sur le système nerveux, que placer celui-ci, dans les maladies qu'il combat heureusement, dans des conditions de vitalité transitoire, qui l'empêchent de coordonner les mouvements morbides en lesquels ces maladies consistent, comment se fait-il, qu'infaillible dans l'impaludisme qui se larve sous la forme d'une névralgie, il se montre presque complétement impuissant dans la même affection douloureuse qui n'emprunte rien à cette mystérieuse diathèse morbide; comment se fait-il qu'il n'ait aucune action sur la prosopalgie, qui, elle aussi, se produit par accès si prononcés, que M. Trousseau n'a pas craint de lui donner le nom caractéristique de *névralgie épileptiforme?* etc., etc. Nous ne savons à quelle condition de la vie tient la périodicité, mais nous savons ce que c'est que la périodicité ; nous ne savons comment agit le sulfate de quinine sur l'organisme, mais nous savons empiriquement que, cette condition étant donnée, l'action de l'alcaloïde du quinquina est telle, que la chaîne des accidents est rompue et qu'ils disparaissent. Voilà jusqu'où va notre science, mais voilà seulement jusqu'où elle va : prétendre lire plus loin, c'est s'objectiver à soi-même ses propres conceptions, et les confondre avec les réalités de la vie.

Mais, si la théorie que je rappelais tout à l'heure n'est que pure conjecture, et que les faits qu'elle prétend à expliquer restent aussi obscurs à l'esprit quelque peu sévère, qui ne se livre qu'à bon escient aux affirmations de la théorie, à côté des faits que je rappelais il y a un instant, il y en a d'autres qui ne sont pas moins incontestables, c'est l'action directe que la saturation quinique exerce sur l'écono-

mie, et qui se manifeste par un ensemble de phénomènes dont la signification ne saurait être douteuse, et qui nous dénoncent évidemment l'agression dangereuse qu'en reçoit la substance encéphalique : celle-ci y échappe souvent, grâce à l'énergie des organes d'élimination dont est pourvu l'organisme ; mais, si ces organes sont enrayés dans leurs fonctions, l'agent médicateur s'accumule dans l'économie, et les accidents les plus graves peuvent surgir tout à coup. Ces accidents sont du même ordre que ceux par lesquels se traduit la saturation quinique, alors qu'elle ne conclut pas à des lésions nerveuses, sous l'atteinte desquelles s'affaisse et s'éteint l'organisme, quand ces accidents surviennent ; il est donc probable que la médication employée n'y est point étrangère ; et cette probabilité suffit pour commander une grande réserve dans l'emploi de cette médication.

Maintenant, la crainte de ces accidents, de ce contingent possible, doit-elle nous conduire à nous interdire dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu l'emploi d'une méthode thérapeutique dont l'efficacité, dans un bon nombre de cas, ne saurait être sérieusement mise en doute ? Ce n'est point là la conclusion à laquelle nous voulons arriver : voici, à cet égard, la conduite thérapeutique qui nous semble être commandée par les faits interrogés, sans parti pris à l'avance de les interpréter quand même dans le sens de la théorie qu'on a conçue. M. Briquet, ainsi que nous l'avons dit déjà, fait observer justement que les préparations de quinquina, dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, sont essentiellement contre-indiquées quand une fièvre intense coexiste avec la fluxion articulaire. La raison de cette contre-indication, qui est réelle, c'est que, dans ce cas, il y a infiniment plus de chances que dans le cas inverse de voir survenir la saturation quinique, qui en fait le danger. Que se passe-t-il alors en effet ? Ceci : c'est que, d'une part, l'accélération de la circulation met en contact plus intime avec les centres nerveux la substance toxique, et que, de l'autre, ici comme ailleurs, la fièvre inflammatoire, à son début au moins, ayant pour résultat ordinaire d'amoindrir l'énergie de la fonction éliminatrice des reins, cette circonstance tend par elle-même à provoquer la saturation dont on redoute les effets toxiques sur la substance encéphalique surtout. Voilà le fait physiologique incontestable qu'il ne faut pas perdre de vue, quand il s'agit d'apprécier l'opportunité de la médication quinique dans la thérapeutique du rhumatisme articulaire aigu. M. Briquet, qui a le plus profondément scruté les effets des préparations du quinquina à doses élevées sur l'organisme, soit

à l'état sain, soit à l'état malade, n'a point laissé échapper cette donnée essentielle de l'expérience, et en a fait sortir une contre-indication qu'il a eu seulement le tort de ne point formuler d'une manière assez explicite. C'est cette donnée que nous avons voulu mettre en lumière dans cet article, et à laquelle nous demandons la permission de fournir pour appui un certain nombre de faits, qui, pour n'être qu'indirects, n'en ont pas moins évidemment une signification précise, et propre à diriger la pratique dans le traitement du rhumatisme articulaire par les préparations des sels de quinquina.

C'est une chose remarquable que la rapidité avec laquelle se produit la sédation de la douleur articulaire dans le rhumatisme, quand, au lieu de combattre immédiatement la maladie à l'aide de cette médication, on n'y a recours qu'au bout de quelques jours, quand la réaction inflammatoire est moins intense, et que la voie d'élimination rénale est plus largement ouverte aux effets dépurateurs de l'organisme vivant. Etudiez les observations dans lesquelles la médication quinique a été employée dès le début du mal ; d'après l'appréciation de ceux-là même qui se montrent les partisans les plus absolus de cette médication, il n'y a qu'une différence, toujours un peu arbitraire, dans l'intensité de la douleur ; ici, au contraire, les malades passent sans transition, d'un état de souffrance qui enchaîne tous les mouvements, à un état de calme qui rend presque tous ceux-ci possibles ; en même temps, à l'insomnie qu'entretenait l'exaltation morbide de la sensibilité, succède un sommeil réparateur qui, ajoutant son effet sédatif à l'action du sel de quinine sur le système nerveux, amène en peu de jours la disparition complète des accidents. Entre divers faits que je pourrais citer en faveur de la thèse que je soutiens en ce moment, qu'on me permette d'en citer deux, où l'influence que nous étudions se manifeste de la manière la plus accentuée. Céline D***, âgée de vingt-deux ans, est prise d'un rhumatisme articulaire aigu, avec fièvre intense, sueurs profuses, et qui envahit successivement la plupart des grandes articulations. Le sommeil, complétement absent, livre la malade, la nuit comme le jour, aux douleurs les plus vives : on est forcé, pour obéir à l'instinct qui la porte à changer de lit, dans l'espoir d'y trouver une position qui allége ses souffrances, de la lever plusieurs fois par jour ; mais quelque soin qu'on prenne à préserver les membres de tous mouvements, cet accident est impossible à éviter, et la douleur arrache à la malade des cris aigus. On avait vainement opposé à ces accidents la saignée, des fomentations narcotiques sur les articulations les plus douloureuses ; rien n'avait empêché le mal de pro-

gresser, rien n'avait adouci les souffrances, qui restaient aussi vives, aussi aiguës que le premier jour. Il y avait huit ou dix jours que la maladie marchait ainsi sans entraves, lorsque je fus prié de voir la malade. Après avoir constaté qu'au milieu de ces accidents le cœur, la poitrine, étaient restés intacts, que le système nerveux n'offrait aucune susceptibilité morbide qui pût faire redouter l'impression du sel de quinine, je prescrivis celui-ci à la dose de 2 grammes, qui furent pris en quatre doses dans la journée. L'effet sédatif fut immédiat ; la nuit se passa au milieu d'un sommeil paisible ; le lendemain, à peine si quelques douleurs existaient dans les articulations ; le surlendemain, la sensibilité était, à la lettre, revenue à l'état normal. Pendant quelques jours encore, Céline D*** fut soumise à l'influence continue du sulfate de quinine, dont les doses furent progressivement diminuées ; une alimentation sagement modérée fut prescrite, et la malade ne tarda pas à recouvrer la plénitude de la santé.

Il y a trois ou quatre ans déjà que Céline D*** a éprouvé cette maladie : depuis cette époque, elle s'est astreinte à l'usage de la flanelle sur la peau, et elle n'a rien éprouvé qui lui ait fait redouter le retour du mal.

Croit-on que, si, au lieu de recourir à la médication quinique, au huitième ou au dixième jour de la maladie, on y eût eu recours dès le début, les choses se fussent passées d'une manière aussi simple ? Cela est sans doute rigoureusement possible, mais peu probable. Le sulfate de quinine ne s'assimile point à l'organisme, c'est un agent hétérogène, qui doit nécessairement être éliminé, sous peine de le voir s'accumuler dans l'économie, et d'y produire des accidents dont les enseignements de l'expérience physiologique nous traduisent à l'avance la nature. Or, dans ce cas, la seule voie par laquelle cette élimination peut s'effectuer, la voie rénale, est fermée, et la surface cutanée, alors même qu'elle est le siége de sueurs profuses, ne paraît point être l'émonctoire par où l'économie puisse se décharger du toxique dont nous nous occupons en ce moment. Bien que les expériences diverses qu'on peut invoquer sur ce point manquent de précision, il est un fait expérimental positif, qui vient suppléer à ce qui nous fait défaut ici, c'est que l'émonctoire principal par lequel l'organisme élimine les agents qui lui sont hostiles, c'est l'appareil rénal.

Dans le fait suivant, que je demande également la permission de rappeler d'une façon succincte, la sédation, au moment opportun de la médication, ne s'est pas produite d'une manière moins posi-

tive, lisez plutôt. Un homme, âgé de trente-cinq ou quarante ans, est atteint, depuis plusieurs jours, d'un rhumatisme polyarticulaire d'une excessive acuïté. Des sueurs spontanées, puis favorisées par l'action de l'azotate de potasse à hautes doses, n'ont aucune espèce d'influence sur le mal, qui saute d'une articulation à l'autre et finit par s'installer d'une manière permanente dans les deux poignets, les coudes, les genoux et l'articulation tibio-tarsienne du côté gauche surtout. Le cœur, la poitrine, soigneusement consultés, ne présentent rien d'anormal. Le sulfate de quinine est prescrit à la dose de 3 grammes, que le malade prend dans l'espace de douze heures environ : sédation manifeste immédiate ; mais réapparition, bien que sous une forme infiniment moins vive, de douleurs dans les genoux, le pied, et surtout dans les coudes. 4 grammes du même médicament sont prescrits, mais dans l'espace de vingt-quatre heures. La prescription est religieusement exécutée : la sédation suit encore immédiatement ; à peine si quelques ressentiments de souffrances reparaissent de loin en loin. Le sommeil est revenu, les urines coulent abondamment, l'appétit se manifeste, et le malade, continuant l'usage du médicament libérateur, sous la forme où il fut d'abord prescrit par les médecins anglais, la décoction concentrée de quinquina jaune, ne tarde pas à jouir de la santé la plus prospère.

Ici encore, l'action hyposthénisante du sulfate de quinine sur le système nerveux, qui commande incontestablement les localisations morbides dans le rhumatisme articulaire aigu, est évidente : la rapidité de l'effet ne permet pas d'hésiter à affirmer le rapport qui le lie à la cause que nous venons d'indiquer. L'impression sur la substance encéphalique, sur l'ensemble du système nerveux, peut-être, ne saurait être révoquée en doute ; des expériences physiologiques authentiques, multipliées, ont mis ce résultat hors de toute contestation sérieuse. L'observation pathologique, à son tour, vient confirmer une induction qui se présente à l'esprit comme une nécessité logique inévitable : le fait de l'influence heureuse du sulfate de quinine sur l'organisme en proie aux accidents du rhumatisme articulaire aigu est donc un fait considérable qu'on doit accepter en thérapeutique. Mais ce fait, ainsi énoncé d'une manière générale, ne peut utilement inspirer la thérapeutique, qu'à la condition de préciser sa portée pratique ; il y a là une question d'opportunité qu'il est extrêmement utile de résoudre, si l'on veut éviter de s'exposer à faire fausse route dans le traitement de la maladie à laquelle s'applique cette puissante médication. Cette question, nous ne pré-

tendons pas l'avoir résolue dans cette notice, écrite au courant de la plume; mais nous croyons que, par les quelques considérations qui précèdent, nous en avons au moins préparé la solution.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Appareil en gutta-percha pour les fractures des mâchoires et pour leur section et leur resection.

Par M. Morel-Lavallée, chirurgien de l'hôpital Beaujon, président de la Société de chirurgie, etc.

Il y a dix ans que j'ai fait sur ce sujet une lecture à l'Académie. Mes premiers essais remontent à quinze ans; cependant mon appareil vient à peine de recevoir ses derniers perfectionnements — et les plus importants, car ils s'adressent aux cas les plus épineux, à des difficultés hier encore inabordables et dont aisément ils triomphent. Ce n'est donc que d'aujourd'hui que l'appareil est achevé, si toutefois il l'est. Il est d'une simplicité et d'une supériorité incomparables; il se pose en un tour de main, et ses applications se comptent par ses succès : il restera. Peut-être trouvera-t-on, — et encore comment l'espérer? — une substance préférable à la gutta-percha; mais on traitera toujours les fractures des mâchoires par le moule : l'appareil, ce n'est pas la matière, c'est l'idée.

J'exposerai, au point de vue du traitement, et dans l'ordre suivant :

1° Les *fractures de la mâchoire inférieure*, que je prendrai pour type de la description ;

2° Les *fractures de la mâchoire supérieure ;*

3° Les *fractures simultanées des deux mâchoires ;*

4° Les *fractures des arcades dentaires ;*

5° Les *sections* et les *resections des mâchoires.*

I. — Fractures de la machoire inférieure.

Une des fractures, la fracture où il importe le plus d'assujettir les fragments avec une rigoureuse exactitude, c'est assurément celle du maxillaire inférieur. Une guérison imparfaite, en compromettant les fonctions multiples de la mâchoire, entraînerait ici une difformité plus apparente qu'ailleurs, et plus disgracieuse, parce qu'elle porte sur une région dont la régularité est un élément fondamental, et malheureusement le caractère saillant de cette fracture, c'est la difficulté de la contention. Cette difficulté, qui se révèle déjà par

le nombre et la diversité des appareils, est fortement accusée par les faits; elle a sa cause dans la disposition et les rapports de l'os, inaccessible par sa face postérieure, celle précisément où l'action d'une attelle serait le plus nécessaire. N'est-ce pas dans ce sens, en effet, que les fragments sont le plus souvent poussés par la violence extérieure, et attirés par des muscles puissants? Aux membres, on condamne au repos, sans inconvénient sérieux, la partie fracturée, tandis que, à raison de son rôle dans la préhension, la mastication et la déglutition des aliments, l'immobilité prolongée du maxillaire inférieur mettrait l'économie en danger. Aux membres, pour s'opposer au chevauchement, on a la pression des attelles sur les quatre faces de l'os, pression qui, en augmentant l'engrenage des fragments, les empêche de s'écarter et de glisser l'un sur l'autre. Le maxillaire inférieur, au contraire, se dérobe, par sa situation, à la pression des attelles. La postérieure est inapplicable, et les autres sont extrêmement difficiles à assujettir, par l'impossibilité de passer autour de l'os des liens pour les serrer. Aux membres, on a la faculté de prendre un point d'appui à leur racine, et d'entourer leur extrémité libre d'un lacs destiné, en se réfléchissant sur le bout d'une longue attelle, à exercer une traction prolongée, qui continue en quelque sorte la manœuvre de la réduction; aux membres, en un mot, on a l'extension permanente. — Le maxillaire inférieur, par sa configuration, ne permet pas d'agir sur son extrémité libre, parce qu'il n'a pas d'extrémité libre, ni sur sa partie antérieure, qui pourrait, dans beaucoup de cas, la représenter, parce que les tissus qui la recouvrent dans presque toute sa circonférence repoussent l'application d'un lien circulaire. D'un autre côté, le point d'appui de la contre-extension manque; on ne pourrait le trouver que sur la face antérieure du cou, qui s'y refuserait par sa mobilité et sa dépressibilité, si les organes de la respiration et de la circulation ne défendaient pas d'y songer seulement.

Mais si le maxillaire inférieur ne se prête pas à l'action des attelles ordinaires par sa conformation particulière et ses rapports, il doit, par compensation, à ces mêmes conditions un moyen de contention tout spécial; c'est de pouvoir être rapproché du maxillaire supérieur comme d'une sorte d'attelle naturelle, et maintenu dans cette position à l'aide d'une fronde.

Malheureusement, ce moyen, qui séduit d'abord par sa simplicité, offre bien des inconvénients. Il ne remédie qu'au déplacement suivant la hauteur de l'os; les déplacements suivant la longueur et

l'épaisseur, c'est-à-dire en arrière, en dedans et en dehors, lui échappent complétement. L'attelle unique représentée par le maxillaire supérieur ne peut, en effet, empêcher les fragments de se porter que de son côté, c'est-à-dire en haut. De plus, comme l'occlusion de la bouche est la conséquence de l'emploi de ce moyen, il entraîne la nécessité ou d'enlever le bandage chaque fois que le malade prend des aliments, ou de recourir au procédé ou plutôt à l'expédient barbare de pratiquer une brèche à l'arcade dentaire par l'extraction de plusieurs dents, pour l'introduction de substances liquides ou semi-liquides dans le tube digestif.

Bien qu'imaginée dans un autre but, la gouttière de liége placée entre les arcades dentaires, au niveau de la fracture, laissait un espace suffisant pour l'introduction des aliments, sans déranger l'appareil; mais il est impossible d'adapter avec exactitude cette gouttière à la rangée de dents, et l'élasticité du liége lui permet de se déprimer là où porte la pression, précisément au niveau du déplacement, qui se reproduit ainsi, au moins à un certain degré. Ces deux graves défauts, et l'odeur infecte dont cette écorce poreuse ne tarde pas à s'imprégner, condamnent cet appareil.

L'impossibilité des attelles ordinaires, et l'insuffisance de ce que nous avons appelé une attelle naturelle, dont le maxillaire supérieur joue le rôle avec ou sans addition de la gouttière de liége, ont fait inventer les attelles mécaniques.

Les attelles mécaniques consistent essentiellement en deux lames métalliques qui saisissent le maxillaire dans leur intervalle pour en assujettir les fragments. Des arceaux en fer réunissent ces deux lames, et en font un même système, que complète un petit mécanisme à vis de pression destiné à les rapprocher. Ces appareils se divisent en deux espèces, suivant qu'ils s'appliquent sur les faces de l'os ou sur ses bords.

Dans le premier cas, une attelle métallique s'adapte en dedans à la concavité de l'arcade dentaire, tandis que l'autre attelle embrasse en dehors la convexité de cette arcade. Les arceaux de fer qui les réunissent passent de l'une à l'autre, en s'infléchissant au-dessus de la couronne des dents. On fait jouer la vis de pression que portent ces petites traverses recourbées, et les attelles sont ainsi serrées contre les fragments. La seule région du maxillaire qui soit favorablement disposée pour recevoir cet appareil, c'est la partie antérieure de cet os; la présence de la joue s'oppose à son application sur les parties latérales. Ce mode de contention aurait l'incontestable avantage de permettre, dans une suffisante mesure, les mou-

vements de la mâchoire, s'il remplissait son but. Mais le remplit-il? Nous ne le pensons pas. Comment ajuster avec exactitude deux attelles de fer à la surface irrégulière de l'arcade dentaire, même en les doublant de lames de plomb? Ou l'appareil se dérangera incessamment, ou sa pression sera excessive, et dangereuse. Aussi a-t-il été à peine employé, et sans que le résultat en soit bien connu.

L'appareil dont les attelles s'appliquent sur les bords de l'os satisfait-il mieux aux indications? Ces deux attelles métalliques courbes comme l'os avec lequel elles doivent être mises en rapport, sont creusées en gouttière pour le recevoir. La supérieure, garnie d'une lame de plomb, se place sur l'arcade dentaire, qu'elle coiffe en quelque sorte; l'inférieure, convenablement rembourrée, loge dans sa concavité le bord cutané du maxillaire. Chacune de ces attelles est munie d'un tige aplatie, qui se porte en avant, — celle de l'attelle inférieure, directement, — celle de l'attelle supérieure, en se recourbant au-dessus de la lèvre inférieure, qu'elle ne doit pas toucher. Ces deux tiges rapprochent par un mécanisme variable les deux attelles, qui, réunies, figurent assez bien un étau étreignant le maxillaire entre ses mors.

Mais cet appareil, qui partagerait avec le précédent l'avantage de laisser à la mâchoire assez de jeu pour la parole et la préhension des aliments, partage aussi la plupart de ses inconvénients, et il en offre en même temps qui lui sont propres. D'abord il exige pour son application la conservation des dents; du reste il est difficile à assujettir. Sa tendance à glisser en avant oblige à recourir, pour le fixer, à des bandages autour du cou ou de la tête, ce qui lui enlève le bénéfice spécial qu'on en attend, la liberté du maxillaire. Il détermine fréquemment des abcès, et malgré quelques succès qu'on en a obtenus, il paraît à peu près abandonné.

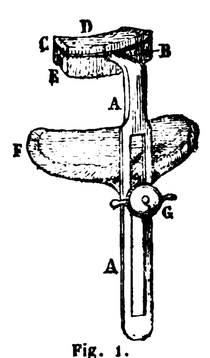


Fig. 1.

Tous ces appareils mécaniques, la plupart très-ingénieux, et à cet égard nous nous plaisons à citer celui d'Houzelot (fig. 1), présentent donc, outre leur complication, des vices radicaux qui les excluent de la pratique générale.

Nous avons vu que le maxillaire inférieur trouvait dans sa conformation et dans ses rapports un moyen de contention particulier pour ses fractures, c'est-à-dire un point d'appui sur le maxillaire

supérieur qui lui sert d'attelle ; il offre également dans sa structure et ses connexions une prise plus spéciale encore. Les dents fournissent des points fixes pour des ligatures en fil ou en métal, qui rapprochent et assujettissent les fragments. Ces ligatures sont ordinairement passées autour des dents des deux fragments les plus voisines de la solution de continuité de l'os ; — ce procédé, qui remonte à la plus haute antiquité, ne réussit que dans les cas simples. Ce n'est que par exception qu'un fil métallique a relié le fragment mobile aux dents du côté sain, en passant transversalement dans la cavité de la bouche ; — dans le cas unique où elle a été employée, cette ligature a presque coupé la langue en deux. Enfin on a proposé, mais seulement proposé, croyons-nous, d'attacher une ou plusieurs dents de chaque fragment aux dents correspondantes du maxillaire supérieur, procédé d'une exécution à peu près impossible : en avant, parce que les dents des deux mâchoires ne sont pas superposées; sur les côtés, parce que sur les molaires le fil glisserait inévitablement. D'ailleurs, ce qui ferait toujours rejeter ce procédé, c'est qu'il exigerait l'extraction de plusieurs dents pour l'alimentation, car personne ne songera à acheter ses avantages plus que problématiques par les inconvénients de la sonde œsophagienne.

Toutes ces ligatures, qui supposent les dents intactes au voisinage de la fracture, les compromettent par l'inflammation des gencives, et elles échouent par cela même le plus souvent.

Ajoutons que, chez un soldat qui avait eu la mâchoire cassée d'un coup de feu, on n'a pu se rendre maître des fragments qu'en les entourant eux-mêmes d'une ligature immédiate, ressource extrême, dont, nous l'espérons, la nécessité ne se représentera plus que bien rarement.

Nous avons passé en revue la plupart des appareils usités dans le traitement des fractures du maxillaire inférieur. Les plus simples réussissent dans les cas légers ; dans les cas difficiles, les plus compliqués ne donnent communément que des résultats incomplets, presque toujours encore au prix d'accidents plus ou moins sérieux. On a même vu de ces appareils, et rien n'en prouve mieux l'imperfection, aller directement contre le but, à ce point que la réunion n'a commencé à marcher régulièrement qu'à dater du moment où le malade en a été entièrement débarrassé, et la fracture abandonnée à elle-même.

Mais, hâtons-nous de le répéter, les appareils jusqu'ici en usage offraient, dans les cas ordinaires, des résultats moins défavorables.

Nous en avons signalé les défauts, mais sans les exagérer, nous n'en avions pas besoin. Eussent-ils, en effet, pleinement rempli toutes les indications, qu'ils resteraient encore beaucoup áu-dessous d'un autre moyen bien autrement simple, qui m'a été suggéré par leur insuffisance.

Il me sembla que pour cette fracture l'idéal devait être une substance susceptible de se ramollir par la chaleur, de se mouler alors sur les dents des fragments réduits, de reprendre sur place sa consistance première par le refroidissement, et de former ainsi un appareil contentif d'une exactitude inconnue. Si cette substance était, en outre, facile à manier, si elle était légère, ferme sans être dure et par conséquent inoffensive; si elle était impénétrable aux fluides de la bouche, et dès lors incapable de s'imprégner de mauvaises odeurs, elle réunirait tous les avantages. Cette substance existe : c'est la *gutta-percha.*

Avant d'exposer les règles de l'application de ce nouveau moyen, je rapporterai mes premiers essais. Ce sera une introduction historique, qui montrera les phases par où est passé l'appareil, toujours en se simplifiant, comme c'est la coutume.

Je crus d'abord, afin de donner plus de solidité à la contention, devoir prendre dans un même moule les deux arcades dentaires et les tenir rapprochées.

Je ne ferai que citer ma première tentative en 1847, à l'hôpital de la Charité, dans le service de Gerdy que je remplaçais à cette époque; la malade sortit le lendemain de la pose du moule. Ce cas, tout incomplet qu'il était, me laissa plein d'espérance.

Mon début, en réalité le voici :

Le 14 février 1853, M. D***, employé dans une maison de commerce, cité Trévise, 6, se prit le pied sous le bord voûté d'un trottoir, perdit l'équilibre et alla tomber quelques pas plus loin. Le menton porta contre la devanture d'un magasin. Il ne perçut sur le moment aucun bruit, aucune sensation de fracture. Une douleur assez vive, accompagnée d'engourdissement, et qui lui parut siéger dans les dents, se manifesta seulement vers le point du maxillaire qui avait touché dans la chute. Il y eut de la soif et de l'agitation pendant les vingt-quatre heures qui suivirent.

Comme la douleur et la gêne de la partie continuaient, M. D*** vint me voir deux jours après l'accident. Je constatai une fracture du maxillaire inférieur ainsi caractérisée :

En dehors de l'incisive latérale droite, le niveau de l'arcade dentaire offre une élévation d'environ 3 millimètres sur le côté opposé. L'inégalité correspondante du bord inférieur du maxillaire est rendue inappréciable par un gonflement, d'ailleurs très-limité, qui

dépend surtout de la contusion des parties molles. En pressant l'un des fragments de haut en bas, on obtient difficilement une mobilité anormale, qui se produit plus aisément en faisant jouer les deux fragments l'un sur l'autre d'avant en arrière. Ces mouvements, peu étendus, donnent lieu à une crépitation rude des plus franches. La gencive est verticalement déchirée dans toute sa hauteur, dans le prolongement de l'interstice de l'incisive latérale et de la canine, direction qui semble être exactement celle de la fracture, perpendiculaire, du moins en apparence, à la fois aux bords de l'os et à ses faces.

Outre ces symptômes ordinaires des fractures de la mâchoire, il y en a un que nous n'avons vu signalé nulle part : dans l'acte de la déglutition, même de la déglutition de la salive, le malade sent un mouvement dans la fracture, et, en effet, le fragment droit se porte légèrement, mais manifestement en avant. Ce déplacement momentané disparaît de lui-même dès que cesse la cause qui l'a occasionné ; en sorte que c'est en réalité moins un déplacement qu'un mouvement. Il ne se remontra plus après la première semaine.

Le déplacement permanent de ce fragment, déplacement qui est, comme nous l'avons dit, une élévation, se réduit facilement, mais il se reproduit de même. Une ligature assez serrée qu'on avait placée entre la canine et l'incisive médiane, ne le corrigeait que très-imparfaitement, et elle n'empêchait pas non plus le mouvement du fragment droit en avant pendant la déglutition. Cette double mobilité, qui ne semblait favorisée par aucune obliquité de la fracture, dépendait sans doute du défaut d'inégalités et d'engrenage de ses surfaces. Toujours est-il qu'il y avait là une sérieuse difficulté de contention. Il fallait agir à la fois sur la face antérieure du maxillaire et sur son bord dentaire. La fronde, aidée de compresses appliquées sur le menton, remplissait mal la première indication ; à chaque mouvement de déglutition, un frottement révélait au malade l'impulsion du fragment droit en avant. Une attelle de liége biconcave, destinée à recevoir les deux arcades dentaires, n'eût pas mieux satisfait à la seconde indication. A part l'odeur infecte dont s'imprègne bientôt cette substance spongieuse, il était impossible de l'adapter aux dents avec assez d'exactitude pour s'opposer à la reproduction du déplacement. Cette adaptation eût-elle été rigoureuse que, ainsi que nous en avons déjà fait la remarque, le tissu mou du liége, cédant plus dans le point le plus pressé par les dents, n'aurait pas empêché l'inégalité de leur niveau de se rétablir. Fallait-il appliquer un des appareils mécaniques, inventés pour ces cas difficiles ? Je recourus au moyen plus simple auquel j'ai fait allusion.

Aux dépens d'une épaisse feuille de gutta-percha, je taillai une petite attelle que je plongeai dans de l'eau à 60 degrés environ. Une fois ramollie, je lui donnai instantanément la courbure du maxillaire et je la plaçai entre les arcades dentaires. Je dis alors au malade de mordre en quelque sorte dans l'attelle, tandis que je concourais au rapprochement des mâchoires, en refoulant l'inférieure de bas en haut, et en maintenant la réduction. Les deux rangées de dents s'imprimèrent profondément sur les faces correspondantes de l'at-

telle. Pour juger de l'exactitude de la coaptation des fragments, une difficulté se présentait : l'égalité du niveau des dents des deux parties de l'arcade est un guide commode et sûr, dans les cas ordinaires ; mais ici, la couronne des dents, ensevelie dans la gutta-percha, se dérobait à la vue. Il fallait chercher ailleurs le point de repère, que le bord inférieur de l'os ne pouvait non plus fournir, à cause du gonflement des parties. A part même cette tuméfaction, les renseignements qu'on obtiendrait de ce côté seraient encore insuffisants pour apprécier une réduction telle que l'exigent le jeu et l'aspect de l'arcade dentaire. Mais si la couronne des dents est enveloppée par les alvéoles renversées de l'attelle, il y a à leur collet la ligne festonnée de la gencive, qui reste apparente et qui révèle, par le rétablissement de sa régularité, l'exactitude de la réduction.

L'attelle, qui s'engageait en arrière jusqu'au delà de la troisième molaire, s'avançait, par son extrémité antérieure, un peu au delà de l'incisive médiane du côté opposé, portant ainsi dans une étendue suffisante au delà et en deçà de la fracture.

Afin de conserver plus sûrement l'horizontalité du plan de l'arcade dentaire, et d'empêcher le côté sain de s'élever par défaut de pression, une seconde attelle, très-courte, fut placée de la même façon entre les grosses molaires gauches. Les deux attelles, étant ainsi séparées en avant par un intervalle de quatre dents (cette fois restées intactes), laissaient entre elles une large ouverture pour l'introduction des aliments. Une fronde tint les deux mâchoires serrées l'une contre l'autre, ou plutôt contre les deux attelles. Les dents, implantées par leur couronne dans l'attelle, par leur racine dans les fragments, les assujettissent en tous sens, comme on consolide une planche rompue en clouant une pièce, une sorte d'attelle permanente sur la cassure. Les fragments du maxillaire sont, pour ainsi dire, cloués à l'attelle, sans que le moindre déplacement soit possible en aucun sens.

L'appareil n'occasionna ni douleur, ni même de gêne sensible. Il y eut, les quatre premiers jours, de la salivation, que causait sans doute en partie l'attelle, comme tout corps étranger qui séjourne dans la bouche ; mais cette hypersécrétion ne devait-elle pas être surtout rapportée à la fracture elle-même, puisqu'elle en constitue un des symptômes ordinaires ?

La petite attelle, placée du côté sain, ne fut gardée que quatre jours ; le malade l'enleva pour faciliter l'introduction des aliments.

Le régime se composa exclusivement de potages et de boissons pendant dix-huit jours ; à cette époque, l'appareil fut définitivement supprimé, et je permis du pain tendre et de la viande. Le 3 avril, c'est-à-dire au bout de six semaines, la consolidation était complète, et la guérison parfaite, sauf une légère différence de niveau, non pas entre les dents situées immédiatement au delà et en deçà de la fracture, mais entre les dents du côté sain et celles du côté malade. Les molaires du côté sain, qui n'avaient pas supporté assez longtemps la pression de l'attelle, étaient un peu plus élevées ; mais l'expérience avait déjà appris que cet inconvénient, d'ailleurs peu gênant, ne tardait pas à disparaître.

Pour ne rien omettre, nous devons ajouter qu'au bout de huit jours il se forma un petit abcès sous le menton, à l'endroit correspondant à la fracture. Bien évidemment l'attelle n'avait été pour rien dans son développement, puisqu'il se montra au bord opposé de l'os.

Il était la conséquence de la fracture elle-même ou de la forte contusion du point de la mâchoire qui avait directement porté sur les dalles.

Dans ce cas, je n'avais eu en vue que l'exactitude et la solidité de la réunion ; mais le moule avait si bien fonctionné, il tenait et maintenait si bien, qu'il était évident qu'on pouvait lui demander davantage : avec l'immobilité des fragments, la mobilité de la mâchoire. Pour cela, il devait suffire d'adapter à sa face supérieure l'extrémité d'un ressort qui, en se recourbant sur la lèvre inférieure, irait en bas se terminer par une pelote concave où se logerait le menton. S'il y avait en même temps à se rendre maître de l'élévation opiniâtre de l'un des fragments, la pression du ressort paraissait propre à remplir cette indication ; alors, tout en rendant la mobilité à la mâchoire, il concourrait encore à la contention. L'occasion de mettre ce système à l'épreuve se fit attendre, mais elle ne laissait rien à désirer. Le succès fut complet, je dirais merveilleux, s'il avait été obtenu par d'autres mains.

La fracture était déjà ancienne, le foyer en suppuration, le déplacement considérable et rebelle, et cependant l'appareil concilia si bien l'exactitude de la contention avec la liberté de la mâchoire, que le malade put immédiatement parler et manger avec une facilité et une sécurité surprenantes. Il a usé largement de cette double faculté jusqu'à la fin, sans que la marche de la consolidation en ait été aucunement entravée.

J'ai rédigé l'observation sur des notes recueillies par M. le docteur Pillon, alors interne du service.

Le 20 septembre 1854, est entré à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-François, n° 29, Joseph Martignot, charpentier, âgé de quarante-quatre ans, demeurant chez M. Ferriot, petite rue Saint-Pierre, passage Sainte-Anne, ancien 2 *bis*.

Plusieurs dalles hautes et pesantes, placées debout, se sont abattues sur lui et l'ont atteint violemment au visage. Elles ont fait trois plaies au côté gauche de la tête : une au front, une au sourcil, et la troisième à la tempe. Disons tout de suite, afin d'écarter cette complication, que ces plaies, assez graves pour avoir d'abord attiré seules l'attention du chirurgien, se sont cicatrisées après une longue suppuration.

Quand je pris le service, la fracture datait de trois semaines, et

rien n'avait été tenté contre elle, si ce n'est l'application infructueuse de l'appareil d'Houzelot. Je la trouvai comme abandonnée à elle-même. Elle divisait le maxillaire entre l'incisive latérale gauche et la canine, à peu près verticalement, en taillant le fragment postérieur légèrement en biseau, aux dépens de sa face externe. Ce fragment était déplacé en dedans, au delà de l'épaisseur de l'os ; il s'élevait en même temps un peu au-dessus de son niveau et chevauchait sur le fragment antérieur, très-sensiblement porté en arrière et en bas. La mobilité anomale était bien prononcée, mais bornée, la crépitation très-obscure. Le foyer de la fracture était en suppuration, ainsi qu'il était facile de s'en assurer en pressant du doigt sa paroi antérieure. Outre le danger que pouvait entraîner son introduction dans les voies digestives, le pus incommodait singulièrement le malade par sa saveur et son odeur. L'incisive latérale et la canine implantées dans l'extrémité des fragments vacillaient. La mastication était douloureuse, excessivement gênée.

Si ces fractures sont généralement faciles à réduire, il s'en rencontre qui résistent à tous les efforts, comme dans un cas observé par M. Malgaigne. Il ne s'agit, dans le cas du savant chirurgien, que des fractures récentes, et la nôtre n'appartenait plus à cette catégorie. Le premier jour, il me fut impossible d'obtenir une réduction complète; la tentative à laquelle je me livrai ne fut pourtant pas inutile : elle avait allongé les tissus rétractés, qui permirent le lendemain une coaptation exacte des fragments. Mais dès que la forte impulsion qui avait ramené le fragment postérieur dans l'axe de l'os avait cessé, il se reportait énergiquement en dedans ; cette circonstance entraînait la nécessité de continuer les manœuvres de la réduction pendant l'application et le refroidissement de la gutta-percha. Là était la difficulté : il fallait, en effet, que la couronne des dents qui devaient s'engager dans l'appareil fût libre ; or, c'étaient malheureusement les seules, qui, sur le fragment postérieur, offrissent une prise aux doigts, la commissure des lèvres empêchant d'agir plus en arrière. Une anse de fil double fut jetée autour du collet de la première petite molaire, et ses extrémités enroulées sur le milieu d'un petit bâtonnet. Une forte traction en dehors, exercée à l'aide de ce lacs, ramenait en place le fragment postérieur ; mais il montrait une telle tendance à se reporter en dedans, qu'il n'y avait pas à songer à le retenir en nouant cette anse de fil avec une autre qu'on aurait passée autour d'une dent du fragment antérieur. Il était pourtant indispensable d'assurer la contention provisoire pendant la pose et la solidification de l'appareil. Ne pouvant prolonger suffisamment cette contention, que l'oscillation des tractions aurait rendue incertaine, j'essayai d'abréger le refroidissement de la gutta-percha. Dans ce but, j'eus d'abord, et sans succès, recours à trois procédés. Dans tous trois la réduction était maintenue par une traction en dehors exercée sur l'anse de fil à laquelle obéissait le fragment postérieur; dans tous trois, j'employai l'eau frappée. Je commençai par le suivant :

Après avoir recommandé au malade de disposer sa langue et ses joues de façon à empêcher l'eau d'arriver dans l'arrière-bouche et de déterminer ainsi des mouvements de déglutition, nuisibles à

l'exactitude de la contention, j'injectai le liquide réfrigérant sur l'appareil. Au bout d'une ou deux minutes, le durcissement était obtenu; mais, malgré cette rapidité, je m'aperçus, en enlevant le moule pour vérifier l'exactitude des empreintes, que les espèces d'alvéoles que les dents s'étaient creusées dans la gutta-percha étaient irrégulières, élargies. J'attribuai ce défaut à quelques mouvements involontaires de déglutition qui auraient eu lieu pendant les injections réfrigérantes et qui se seraient communiquées aux fragments. Je laissai néanmoins l'appareil en place, et je songeai au moyen d'opérer promptement le refroidissement sans injections. Je crus l'avoir trouvé dans le second procédé que j'expérimentai.

J'introduisis la gutta-percha ramollie dans un sac de baudruche, et l'appareil, ainsi enveloppé de cette sorte de chemise, fut mis en place. Aussitôt de l'eau frappée fut versée avec de menus morceaux de glace dans le sac de baudruche. Le moule baignait de toutes parts dans le liquide réfrigérant, dont pas une goutte ne pouvait s'échapper pour aller provoquer un mouvement intempestif de déglutition. Il se durcit presque instantanément; mais ses empreintes étaient sans netteté, sans profondeur et comme étalées. Peut-être la baudruche avait-elle adhéré à la gutta-percha et déprimé, par sa tension, les bords des empreintes, au moment où les dents les formaient, en s'enfonçant dans la substance ramollie. Afin d'éviter cet inconvénient dans une nouvelle tentative, je huilai la gutta-percha pour que la baudruche pût facilement glisser sur elle; mais cette épreuve ne valait pas mieux que la précédente.

Alors, au lieu de refroidir l'appareil en place, je l'enlevai dès qu'il se fut moulé sur les dents, et je le plongeai dans de l'eau à 0; mais, ainsi qu'on pouvait le craindre, en se refroidissant il se contracta, au point que les empreintes ne correspondaient plus aux dents qui les avaient faites; il ne put être réappliqué.

Quoique dans ces premiers essais l'appareil n'eût pas atteint le degré de perfection dont il était susceptible, il approchait beaucoup plus près du but qu'on n'aurait pu l'attendre d'aucun de ceux jusqu'ici usités. Le malade s'en trouvait si bien qu'il ne savait comment exprimer son contentement.

En effet, la contention avait encore été assez exacte pour que, au bout de quelques jours, les fragments abandonnés à eux-mêmes restassent presque dans leurs rapports naturels. Quand on avait opéré complétement la réduction, la faible tendance qu'ils conservaient à s'éloigner l'un de l'autre permettait de les retenir en place, en nouant ensemble deux anses de fil passées sur chacun d'eux, autour des dents solides les plus voisines de leur extrémité. C'était là un point d'une importance capitale; car on pouvait mouler et laisser durcir la gutta-percha sur des fragments immobiles, — quatrième procédé.

Le 27 octobre, ce nouvel appareil, appliqué et refroidi par de l'eau frappée projetée à sa surface avec une seringue, semblait parfait. Les dents s'y sont creusé des loges profondes, auxquelles elles s'adaptent aussi exactement qu'à leurs alvéoles. La contention est si remarquablement sûre que la fronde est devenue presque inutile.

L'appareil, taillé avec un fort scalpel, et poli avec un cautère chauffé dans l'eau bouillante, est réduit à un si petit volume que sa présence dans la bouche ne serait pas même soupçonnée. Il se tient si bien en place, même pendant les mouvements du maxillaire, que l'idée vint d'elle-même de concilier réellement avec la solidité de la contention la liberté de la mâchoire. Il suffisait d'ajuster à la face supérieure de l'appareil un ressort métallique, qui, sortant de la bouche en contournant la lèvre inférieure, irait par son autre extrémité, munie d'une pelote concave, embrasser le menton.

Le ressort (voy. fig. 3 et 4), très-bien exécuté par M. Charrière fils, s'élargissait en arc à son extrémité buccale, pour s'adapter à la face supérieure du moule, en y enfonçant trois pointes courtes dont il était armé, afin de donner plus de force à l'union des deux pièces. Cette plaque terminale, chauffée dans l'eau bouillante, est posée sur le moule, qui se ramollit superficiellement au contact et se laisse pénétrer par les pointes. On refroidit avec de l'eau froide et le moule est fixé. S'il ne l'était pas dans une inclinaison convenable, il suffit, pour le modifier, de promener un fer chaud sur la plaque ; la gutta-percha se ramollit seulement dans sa partie adhérente, qui se laisse refouler dans le sens qu'exige l'exacte corrélation des dents avec leurs cavités de réception [1].

L'appareil, ainsi complété, la fronde fut enlevée. Ce fut un succès on peut dire imprévu et presque incroyable. Immédiatement il permit au malade de parler, de rire, de manger du pain coupé en tranches minces, et même des côtelettes, et cela sans qu'il y eût encore de trace de cal et que la suppuration du foyer de la fracture fût tarie. Le bien-être et la joie que le blessé éprouva de ce changement furent extrêmes, et l'état général se rétablit à vue d'œil.

La réunion marcha dès lors si rapidement, que le 8 octobre elle était achevée, malgré la suppuration, qui existait encore.

Voilà donc une fracture, qui paraissait tellement au-dessus des ressources de l'art qu'elle est en quelque sorte abandonnée par un chirurgien aussi entreprenant qu'habile, parfaitement guérie à l'aide de l'appareil en gutta-percha ; bien plus, cet appareil, perfectionné par l'addition du ressort, rend à la mâchoire ses fonctions : la préhension des aliments, la mastication et la parole, avant la consolidation, et sans en troubler aucunement le travail. Cette mobilité du maxillaire, heureusement associée à l'immobilité des fragments, n'en a-t-elle pas même favorisé la réunion par la facilité qu'elle a donnée au malade d'user d'une nourriture réparatrice, et aussi par son influence sur le moral, relevé si vite et si complétement ?

---

(1) La meilleure manière de chauffer ce fer, c'est encore de le plonger dans l'eau bouillante. A une température trop élevée, la gutta-percha s'altère et perd beaucoup de sa cohésion et de ses propriétés adhésives.



La réfrigération du moule, renfermé dans une chemise de baudruche contenant de l'eau frappée, ne m'a pas satisfait; mais je ne voudrais cependant pas y renoncer définitivement sans de nouveaux essais. Si l'on parvenait à en supprimer les inconvénients, elle aurait d'incontestables avantages sur le procédé de l'irrigation ; je dois avouer pourtant que je n'y compte guère.

(*La suite au prochain numéro.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Etude pharmaceutique sur les gallum verum, mollugo et palustre.

Lue à la Société de médecine de Toulouse, par M. E. TIMBAL-LAGRAVE, pharmacien, membre résidant.

La matière médicale emprunte au règne végétal des substances d'une grande valeur, et non-seulement la flore exotique, mais encore la flore indigène voit grossir chaque jour le nombre des végétaux utiles au soulagement de l'humanité. Quelques familles surtout sont plus richement douées que d'autres de propriétés actives, dont l'action puissante sur l'économie rend d'immenses services à la médecine. Ces propriétés médicales varient dans les plantes qui composent une même famille, mais il est facile de voir qu'elles dérivent d'un ou de plusieurs principes qui se trouvent plus ou moins développés dans toutes les espèces ; plus souvent encore on rencontre des familles formées par des plantes à caractères botaniques analogues, mais présentant des espèces à propriétés tout à fait différentes. M. Fée, en se fondant sur ces considérations, a établi il y a longtemps des familles, qu'il a nommées *monogènes* et *polygènes*, selon que les espèces qui les composent ont des propriétés semblables ou différentes.

Dans les familles qui ont été considérées tour à tour comme monogènes et polygènes, les *rubiacées* sont sans contredit une des plus intéressantes de la thérapeutique, et en même temps une des plus naturelles du règne végétal. L'action de ces plantes sur l'économie semble bien se porter de préférence sur les organes de la nutrition ; mais les effets qu'elles produisent sur notre organisme sont si différents, qu'il est bien difficile de comprendre qu'on ait pu ranger cette famille parmi celles nommées *monogènes*. Qu'il me suffise de dire qu'avec la garance, le chuya vert et le café se trouvent l'ipécacuanha, le caïnca et le quinquina, et qu'à côté il y a d'autres plantes qui sont considérées comme étant dépourvues de toutes propriétés médica-

les [1]. Pour ma part, il me paraît très-difficile, dans l'état actuel de nos connaissances, de donner aux expressions de monogène et polygène la rigoureuse exactitude qui en fait toute la valeur scientifique. Il me semble que, d'une part, on ne connaît pas assez les propriétés des plantes, et que, de l'autre, nos classifications botaniques ne sont pas suffisamment perfectionnées pour nous permettre d'établir des règles aussi absolues.

J'ai été amené à ces considérations par l'emploi qu'on vient de faire des espèces indigènes du genre *galium* dans quelques maladies du système nerveux, expériences qui tendent à accorder à ces plantes des propriétés précieuses à l'art de guérir, et qui ne dépareilleraient pas la célébrité des autres rubiacées exotiques, mais qui viendraient encore apporter un nouvel appui à la thèse de M. Léon Soubeiran, qui voulait, naguère encore, placer les rubiacées linnéennes parmi les familles monogènes.

Il y a quelques années, M. Miergues fils communiqua à l'Académie des sciences une note sur l'emploi du *galium rigidum* Vill., et *mollugo* L. contre l'épilepsie. M. Miergues avait appris, par son père, que Gouan tenait d'un M. Jourdain, recteur de l'Académie de Tain, une formule d'un remède antiépileptique, qui avait pour base le *galium mollugo* ou *palustre*.

Ces expériences ont été répétées par le docteur Durand et, il y a peu de temps, par M. Valpélières de Pradines. Tous les deux ont obtenu des succès suffisants pour nous faire espérer que nous pourrons arriver à apporter quelque soulagement à une maladie qui, jusqu'à ce jour, se montre rebelle à presque tous les agents qu'on emploie pour la combattre [2].

Quelques médecins ayant voulu essayer et répéter les expériences de MM. Miergues, Durand et Valpélières, me prièrent de récolter le *galium* dont ces messieurs s'étaient servis, et de leur faire une préparation pharmaceutique qui, tout en étant commode et agréable, conservât parfaitement intact le principe actif de la plante ; enfin, de rechercher quel était le meilleur mode d'extraction de ce même principe médicamenteux.

C'est le résultat de mes premières recherches que je me propose

---

[1] R. Brown a voulu faire une famille à part des rubiacées indigènes, sous le nom de *stellatées ;* mais les caractères sur lesquels elle est fondée sont si peu différents des véritables rubiacées, qu'elle n'a pas été adoptée par la plupart des floristes modernes.

[2] Marchand et Millet : *De l'influence de la culture sur les végétaux employés en médecine.* (Inéd.)



de communiquer à la Société, laissant à nos savants collègues de la section de médecine le soin de compléter cette communication par les détails cliniques résultant de leur expérimentation.

Dès le début de mes recherches, je fus embarrassé par la confusion qu'ont faite MM. Miergues, Durand et Valpélières entre les *galium mollugo*, *palustre* et *rigidum*; car M. Miergues dit qu'il a employé le *galium mollugo* et *rigidum*, qu'on nomme aussi *galium palustre*; je me suis demandé alors s'il ne serait pas possible que ces trois plantes eussent les mêmes propriétés, ou si ces savants médecins n'avaient pas fait une confusion involontaire. Il était très-nécessaire, à mon avis, dans ce genre d'expériences, de bien préciser l'espèce dont on s'était servi, afin d'éviter les erreurs de nos devanciers.

Pour obtenir un semblable résultat, il ne fallait pas chercher des renseignements dans les ouvrages de matière médicale; ce n'était pas dans cette voie que les études de nos devanciers sur les propriétés des simples étaient engagées; ils avaient, au contraire, pris pour base de leurs recherches l'opinion opposée, opinion qu'avec quelques auteurs j'ai quelquefois cherché à combattre par des faits bien constatés. Ce n'était donc que par des expériences nouvelles que je pouvais espérer de trouver la solution de cette question; c'est ce que je n'ai pas hésité à faire, en prenant les trois *galium* qui avaient été indiqués par les premières expérimentations; et pour que ces essais fussent aussi complets et aussi concluants que possible, j'ai pris ces *galium* dans divers états de végétation.

La première chose dont j'ai dû m'occuper, c'était l'extraction du principe médicamenteux; il fallait l'extraire de la plante avec précaution pour ne pas l'altérer, et pour cela ne lui faire subir aucune modification, ni par l'opération, ni par la chaleur. Voici le moyen que j'ai mis en usage dans tous mes essais : une quantité déterminée de chaque plante, prise dans un état de végétation déterminé, a été pilée dans un mortier de marbre; on a ajouté une certaine quantité d'alcool à 80° centigrades; on a laissé macérer vingt-quatre heures, et puis la masse a été fortement exprimée et filtrée. Le liquide ainsi obtenu contient tout le principe actif de la plante; car le marc, traité par de nouvel alcool, ne l'a presque plus coloré; il en a été de même par un traitement à l'eau bouillante, que je lui ai fait subir; il ne s'agissait plus que de faire une préparation pharmaceutique convenable pour l'administrer aux malades.

Deux voies m'étaient tracées par ceux qui, les premiers, avaient administré le principe médicamenteux des *galium* indigènes : M. Miergues fils préparant un sirop dont il donne le *modus fa-*

ciendi, tandis que M. Vidal, de Montpellier, qui fait une spécialité du *galium*, prépare des pilules et des granules. J'ai cru devoir donner la préférence au sirop de M. Miergues, en modifiant toutefois sa préparation, parce qu'il me semble, et cela d'accord avec d'autres pharmacologistes, que l'action prolongée de la chaleur peut modifier les principes extractifs des végétaux, et par conséquent leurs propriétés médicamenteuses; je crois aussi que ces principes extractifs, très-complexes d'ailleurs, dérivent souvent du principe actif primitif, avec lequel ils se confondent presque toujours pour donner aux plantes les propriétés qui les font rechercher par la médecine. Il serait téméraire de confondre des pilules faites avec l'extrait de la plante, avec un sirop préparé, avec une alcoolature ou la plante elle-même. Il est possible que, plus tard, quand des essais cliniques et des expériences chimiques viendront nous éclairer, les extraits des *galium* viennent occuper une place dans la thérapeutique, comme l'a fait l'extrait hydro-alcoolique de digitale; mais, en attendant, il serait imprudent de baser des conclusions sur des essais faits à l'aide de semblables préparations.

Par des motifs analogues, j'ai dû repousser aussi l'emploi de la plante desséchée, soit traitée par l'eau, comme l'indique le Codex, soit par l'alcool, comme le conseille M. Mouchon dans des cas analogues; car il est incontestable que la dessiccation modifie les propriétés des plantes, que quelques-unes y gagnent, comme la racine d'aunée et de valériane, mais qu'un grand nombre deviennent presque inertes, comme quelques crucifères, des labiées et des composées. D'ailleurs, ces deux modes opératoires demandaient l'action prolongée de la chaleur pour concentrer les liquides, et celui de l'albumine pour clarifier le sirop; albumine qui, en se coagulant, pourrait entraîner une partie du principe actif du *galium* employé.

J'ai donc pensé que le procédé que je vais indiquer, en parlant de chaque *galium*, nous permettra de conserver intactes leurs propriétés. Mes préparations sont comparatives et faites toutes dans des conditions analogues, à l'exception de la plante, qui, comme je l'ai dit, a été prise dans divers états de végétation.

N° 1. Galium palustre L. (pris en bouton).

Pr.	Galium palustre	500 grammes.
	Alcool à 80 degrés	100 grammes.

Pilez le *galium*; ajoutez l'alcool; laissez macérer vingt-quatre heures à la température ordinaire; exprimez pour obtenir 200 grammes d'alcoolature concentrée, d'une couleur noire, et rouge foncé,

vue par transparence. Cette alcoolature, évaporée en consistance d'extrait et reprise par l'alcool à 56° centigrades, a donné 10 grammes d'extrait. Cette alcoolature, versée dans un litre de sirop simple, préalablement clarifié et suffisamment concentré, pour qu'après un instant d'ébullition le sirop soit ramené à 30 degrés de froid, on obtient ainsi un sirop jaune brun, d'un goût herbacé désagréable.

Il ne faut pas confondre le *galium uliginosum*, qui vient dans les mêmes lieux, avec le *palustre ; l'uliginosum* se distingue du *palustre*, à première vue, par les aspérités qui couvrent ses tiges et les bords de ses feuilles ; mais on peut lui substituer le *galium elongatum* Prest., qui nous a toujours donné les mêmes résultats.

N° 2. Galium palustre L. (en fleur).

Pr. Galium palustre.................... 500 grammes.
Alcool à 80 degrés.................. 100 grammes.

Soumis à la même opération décrite précédemment, il a donné 150 grammes d'alcoolature, d'une couleur roussâtre, ambrée par transparence, mais ayant la couleur noire qui caractérisait celle obtenue par le *galium* en bouton. Cette alcoolature, évaporés comme la première, et en consistance d'extrait, a donné 8 grammes de ce produit; 150 grammes d'alcoolature ajoutés à un litre de sirop préparé comme je l'ai indiqué, m'ont donné un sirop jaune ambré, moins coloré que le premier, ayant une saveur herbacée bien moins prononcée.

Cette différence dans les résultats obtenus avec la plante prise en bouton et celle choisie après la fécondation me paraît très-remarquable, parce qu'elle a une grande importance dans l'emploi des plantes en médecine. En effet, dans trois ou quatre jours le végétal, continuant son évolution et par conséquent ses combinaisons chimiques, consomme toute la chlorophylle, une partie de l'extractif, et peut-être tous les principes cristallisables contenus dans les organes de végétation ; ils semblent se concentrer tous dans un nouvel organe, le fruit, qui, dès ce moment, attire vers lui toutes les forces vitales de la plante.

Galium mollugo L. et autres.

Le *galium mollugo* des auteurs anciens est considéré avec raison comme étant formé par un petit groupe de plantes, que quelques botanistes considèrent comme parfaitement distinctes, tandis que d'autres, fidèles à des idées plus anciennes, les réunissent en une seule espèce. Il résulte de ces deux opinions une certaine confusion

dans l'emploi du *galium mollugo,* parce qu'il est probable que celui du Midi n'est pas le même que celui du Nord, et que, d'ailleurs, il peut varier avec les diverses stations. Ainsi, sous le nom de *mollugo,* nous avons à Toulouse, 1° le *galium album* Lamk., qui fleurit en mai; 2° le *galium dumetorum* Jord., qui fleurit fin mai; 3° le *galium erutum* Huds., qui fleurit en juin; 4° le *galium elatum* Thuell., qui fleurit en juillet; enfin, le *galium insubricum,* qui fleurit en août.

Dans le Midi, les espèces sont encore plus nombreuses.

Quel est celui qui devra être préféré, et quel est encore celui qui a servi aux premiers expérimentateurs? Ont-ils tous les mêmes propriétés malgré leur différence de station, d'époque de floraison, etc.? Ces inconvénients disparaîtront si on a le soin de bien distinguer ses plantes, comme l'ont fait quelques botanistes modernes.

Pour notre expérience, nous avons choisi le *galium dumetorum* Jord. Je l'ai pris au moment où ses fruits commençaient à mûrir; plus tard, je l'étudierai en fleur.

N° 3. GALIUM DUMETORUM Jord. (en fruit).

PR.	G. dumetorum, toute la plante.........	500 grammes.
	Alcool..............................	100 grammes.

M'ont donné 150 grammes d'alcoolature concentrée, d'une couleur noire, et rougeâtre par transparence, comme celle que m'avait donné le *galium palustre* en bouton. Cette alcoolature, évaporée et reprise comme les deux premières, a donné 10 grammes d'extrait; une dose pareille d'alcoolature ajoutée à 1 litre de sirop préparé comme dans les deux premiers cas, a donné un sirop assez semblable à celui que m'a donné le *galium palustre* en boutons, mais la saveur est moins amère et plus herbacée.

N° 4. GALIUM VERUM L. (en fleur).

PR.	Galium verum.......................	500 grammes.
	Alcool à 80 degrés....................	100 grammes.

Traité comme les trois premiers, j'ai obtenu 150 grammes d'une alcoolature noire, rouge foncé par transparence, ayant une odeur particulière très-prononcée, nullement herbacée. Evaporé et repris par l'alcool comme les premiers, le caille-lait jaune m'a donné 6 grammes d'extrait noir rougeâtre, aromatique, nullement herbacé; une dose égale, ajoutée à 1 litre de sirop, m'a donné un sirop rougeâtre, moins foncé que les précédents, ayant une saveur amère aromatique assez agréable.

Il résulte de ce premier travail :

1° Que si les *galium* ont des propriétés médicamenteuses, ils ne les possèdent pas tous au même degré ;

2° Que l'état de végétation a une grande importance sur la quantité et la qualité du principe actif ;

3° Que le *galium palustre* doit être préféré ;

4° Que celui en bouton paraît plus actif que celui pris au moment de la floraison ;

5° Qu'il ne faut pas se hâter de rejeter de la matière médicale certaines plantes de la flore indigène, sans preuves pharmaceutiques ou cliniques.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Observation de fractures comminutives des maxillaires supérieurs traitées avec succès par un appareil nouveau.

Le traitement des fractures comminutives des maxillaires supérieurs laisse beaucoup à désirer et, malgré les efforts des chirurgiens, nous sommes encore à posséder un appareil capable de contenir les fragments. J'espère que celui que je viens de créer comblera la lacune. Voici le fait que je puis présenter à l'appui de mes espérances.

Le nommé Charles, soldat au 3e d'artillerie, entré dans mon service le 29 mai 1862, à l'hôpital militaire de Vincennes, était occupé à marquer des chevaux au fer rouge, quand l'un d'eux lui lança un coup de pied en plein visage. A son arrivée à l'hôpital, je constatai les lésions suivantes : le maxillaire supérieur droit est atteint de plusieurs fractures. L'une d'elles, commençant au niveau de la dent canine, s'étend verticalement en haut jusqu'à l'apophyse montante. Cette fracture se continue en arrière jusqu'à l'os palatin, en intéressant dans toute son étendue l'apophyse palatine, qui est brisée en plusieurs fragments. Une autre fracture longitudinale, commençant vers le niveau de la dent canine et finissant vers la deuxième grosse molaire, sépare le bord alvéolaire du reste de l'os et constitue un fragment qui n'est maintenu que par des lambeaux de la muqueuse gengivale. En avant, toute la portion des deux os maxillaires, dans laquelle viennent s'implanter les quatre dents incisives, est broyée en de nombreux fragments, qui, retenus à peine par les parties molles dilacérées, flottent dans l'intérieur de la bouche et menacent d'être entraînés par les efforts de déglutition. L'os maxillaire supérieur gauche est, comme l'os maxillaire supérieur droit, fracturé,

suivant son bord alvéolaire, jusqu'à la première grosse molaire. Toutes ces portions osseuses sont, avec la muqueuse déchirée, pendantes dans la bouche et excessivement mobiles dans tous les sens ; la lèvre inférieure est largement fendue, et les fosses nasales communiquent librement avec la bouche. La face est énormément tuméfiée ; il n'existe cependant aucun symptôme de commotion cérébrale.

Pour remédier à de si graves et de si nombreux désordres, j'employai, après avoir réséqué et coupé avec des ciseaux tous les fragments antérieurs qui étaient d'un trop petit volume pour pouvoir en espérer la réunion et dont, d'ailleurs, toutes les dents étaient détachées, j'employai, dis-je, l'appareil décrit plus bas et qui a été fabriqué, sur mes indications, par M. Charrière fils, dont l'habileté toujours active est constamment au niveau des problèmes à résoudre.

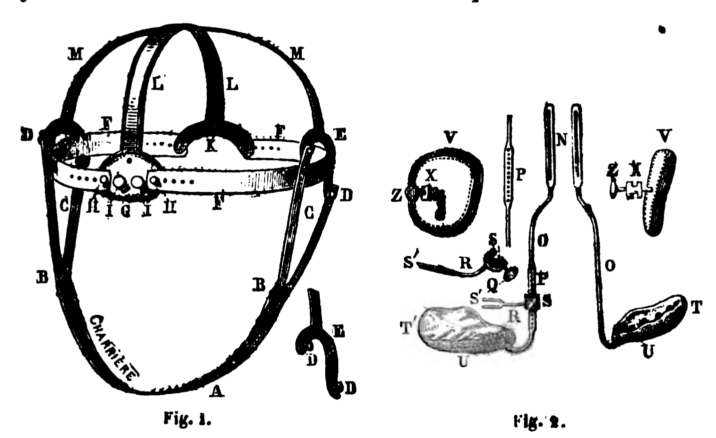


Fig. 1. Fig. 2.

Deux demi-cercles croisés à angle droit, rembourrés et consolidés par des lanières en tissu de caoutchouc, viennent prendre leur point d'appui sur l'occiput, sur le front et sur les parties latérales de la tête (A, B, C, D, E, F, H, K, L, M, fig. 1). La partie antérieure de l'un d'eux se termine par une pelote (G) sur laquelle sont fixées deux vis qui reçoivent les pas de vis de deux boutons (I, I).

Cette pelote et ces deux vis sont destinées à maintenir deux tiges en acier un peu recourbées dans leur milieu pour recevoir le nez dans leur intervalle (O, O, fig. 2). L'extrémité supérieure de ces deux tiges est percée en forme de coulisse (N), tandis que l'inférieure, recourbée et arrondie pour recevoir la lèvre, est munie d'une capsule également en acier (U, U). La capsule gauche a tout simplement la forme de l'arcade alvéolaire, la droite, au contraire,

présente un prolongement destiné à s'adapter à la voûte palatine. Ces deux capsules sont revêtues d'une couche de gutta-percha, préalablement ramollie (T, T'). A la tige droite vient s'adapter, à angle droit, une tigelle (R, R) qui, bifurquée à un bout (S' S') présente à l'autre une boule rainurée (S, S), afin de pouvoir introduire celle-ci dans la portion P de la tige et de l'y fixer au moyen de la vis Q. Cette tigelle reçoit dans sa bifurcation la rainure X, X, de la pelote V, V, qui, ainsi adaptée au reste de l'appareil, peut venir se placer sur la partie antérieure du maxillaire supérieur droit et le refouler d'avant en arrière, au moyen d'une vis de rappel (Z, Z).


Fig. 3.

Ces diverses pièces, ainsi préparées, ayant été mises en place, comme on peut le voir dans la figure 3, après avoir eu le soin d'adapter par la pression la gutta-percha à la forme des parties (T, T' fig. 2), produisirent instantanément une coaptation qui fit aussitôt disparaître toute espèce de difformité.

L'appareil, enlevé après deux mois d'un traitement qui n'a offert rien de particulier à noter, si ce n'est la possibilité qu'a eue le malade de triturer des aliments assez solides vingt jours après son application, et la nécessité de remonter les tiges à mesure que le gonflement diminuait, a permis de constater une consolidation parfaite de toutes les parties fracturées.

Il ne reste plus aujourd'hui de ces graves lésions qu'une légère difficulté de la parole et une gêne dans la mastication, produites par la perte des dents incisives et par le défaut de contact d'une portion de l'arcade alvéolaire supérieure avec l'arcade dentaire inférieure. M. Préterre, chirurgien dentiste, doit fabriquer pour ce malade un appareil de prothèse qui remédiera facilement à ces infirmités, qu'on peut certainement appeler peu graves, quand on les met en présence des sérieuses et profondes lésions que nous avons eu à traiter.

GOFFRES,
médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire de Vincennes.

De l'apparition du sucre dans les affections cancéreuses.

L'examen chimique des urines est devenu depuis quelques années l'objet d'une très-sérieuse attention de la part des praticiens ; la connaissance des sécrétions morbides que renferme ce liquide excrémentitiel est d'un très-grand secours et indispensable pour établir le diagnostic d'une infinité d'affections, dont les symptômes variés et peu tranchés laissaient des doutes ; en un mot, l'examen chimique seul pouvait compléter et confirmer les appréciations douteuses.

Les pharmaciens devaient tout naturellement être appelés à prêter leur concours pour la recherche de ces produits morbides dont les caractères si variés, les réactions si peu connues et difficiles à saisir, nécessitaient une étude toute spéciale et une grande habitude de manipulation.

Appelé à ce titre à faire un assez grand nombre d'analyses, j'ai pu faire quelques observations sur des réactions nouvelles et non décrites, qui se sont présentées avec assez de suite pour en faire l'objet d'un travail que je me propose de publier prochainement. Parmi celles-ci, il en est une dont la persistance et le caractère bien tranché ne permettent pas le moindre doute, c'est l'apparition du sucre en quantité notable, 8 à 12 pour 100 dans les urines des malades atteints d'affections cancéreuses déjà très-avancées. Ne serait-ce pas une observation curieuse et utile à constater, si l'apparition du sucre est la conséquence des désordres organiques et fonctionnels de l'affection cancéreuse se généralisant et altérant les fonctions normales des organes chargés de la combustion du sucre ; ou bien s'il y aurait lieu d'admettre que les désordres fonctionnels, dont l'apparition du sucre dans les urines est le symptôme et donne la traduction, soient le point de départ et la cause efficiente de certaines affections confondues avec le cancer et qui ont quelquefois fait croire à la guérison de cette affection lorsque, sous l'influence d'une médication appropriée, les effets pathogéniques du diabète se modifient ? L'expérience ne nous apprend-elle pas, d'ailleurs, que la gangrène est souvent complémentaire de l'affection diabétique ?

DANNECY,
pharmacien en chef des hôpitaux civils de Bordeaux.



BIBLIOGRAPHIE.

1° *Traité d'anatomie descriptive*, par M. Cruveilhier, professeur à la Faculté de médecine de Paris, etc., 4e édit., revue, corrigée et considérablement augmentée, avec la collaboration de M. le docteur Marc Sée, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et M. Cruveilhier fils, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris.

2° *Traité élémentaire de physiologie humaine, comprenant les principales notions de la physiologie comparée*, par M. J. Béclard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie impériale de médecine, etc., 4e édit., revue, corrigée et considérablement augmentée, ouvrage accompagné de 250 figures intercalées dans le texte.

Quelles que soient les destinées de la médecine, que les principes qui en commanderont les applications à l'avenir dérivent d'une intuition purement rationnelle ou d'une induction expérimentale, l'anatomie même descriptive restera toujours une des bases fondamentales de cette science. La raison en est simple : c'est que dans l'organisme vivant, sain ou malade, les lois physiques qu'impliquent nécessairement la structure matérielle des organes et le milieu où ils vivent, sont nécessairement aussi, et dans une mesure qu'il s'agit toujours de déterminer, mêlées aux lois vitales ; la vie n'est qu'une détermination fixe des unes et des autres. L'anatomie est une analyse et la détermination de tout un ordre de faits dont on ne peut se passer. Pendant que plusieurs, avec M. Piorry, tendent à ne faire de la médecine que la science de l'état actuel des organes considérés au point de vue exclusivement physique, d'autres feraient volontiers abstraction de l'anatomie, pour s'attacher uniquement à la recherche du jeu des lois vitales ; cette dernière tendance est surtout celle des physiologistes et des médecins allemands : « L'objet final de la science, a dit un esprit hardi, est la loi suprême des choses ; et celui qui, d'un élan, pourrait se transporter dans son sein, y verrait, comme d'une source, se dérouler, par des canaux distincts et ramifiés, le torrent éternel des événements, ou la mer infinie des choses. Par ces prévisions, on s'y transporte ; connaissant ses propriétés, on en conclut sa nature : ces métaphysiciens essayent de la définir sans traverser l'expérience et du premier coup. Ils l'ont tenté en Allemagne avec une audace héroïque, un génie sublime et une imprudence plus grande encore que leur génie et leur audace. Ils se sont envolés d'un bond dans la loi première, et, fermant les yeux sur la nature, ils ont tenté de retrouver, par une déduction géométrique, le monde qu'ils n'avaient pas

regardé. Dépourvus de notions exactes, privés de l'analyse française, emportés tout d'abord au sommet de la prodigieuse pyramide dont ils n'avaient pas voulu gravir les degrés, ils sont tombés d'une grande chute ; mais dans cette ruine et au fond de ce précipice, les restes écroulés de leur œuvre surpassent encore toutes les constructions humaines par leur magnificence et par leur masse, et le plan demi-brisé qu'on y distingue indique aux philosophes futurs, par ses imperfections et par ses mérites, le but qu'il faut atteindre et la voie qu'il ne faut point d'abord tenter [1]. » Ainsi pourrait-on dire, dans une certaine mesure, de quelques esprits aventureux, qui prétendent à faire sortir aujourd'hui la médecine de cette méthode, et que la paresse de l'esprit, qu'ils flattent bien plus qu'ils ne le convainquent, place au premier rang des hommes de l'avenir. M. le professeur Cruveilhier, dans une préface prudente, s'efforce de mettre les lecteurs à l'abri des dangers de ces imaginations malsaines, et il a raison ; son livre, d'ailleurs, par la nature même de l'objet qu'il embrasse, est toute une protestation contre des tendances qui ne sont pas sans périls.

Laissons à la raison toute sa force, mais qu'elle ne quitte point du pied la terre, car sans ce point d'appui elle se précipite infailliblement dans le champ sans limites de l'erreur. Quelques esprits d'élite peuvent s'affranchir de cette prudence, sans se laisser aller complétement à la dérive de la fantaisie ; mais la masse se sent prise de vertige à cette hauteur, et à chaque pas qu'elle fait, elle s'enfonce davantage dans le néant du conceptualisme le plus vide. Comme l'auteur, comme les auteurs dont nous annonçons en ce moment l'ouvrage depuis longues années déjà devenu classique, nous adjurerons donc les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* de revenir aux études anatomiques, pour se pénétrer au moins des notions fondamentales de cette science positive. Nulle part ils ne sauraient trouver un guide plus sûr pour les diriger même dans cette étude de ressouvenir : les remarques physiologiques, les inductions pathologiques discrètement mêlées aux descriptions les plus correctes de l'anatomie, tempéreront pour eux l'aridité d'une science sur laquelle on ne revient que trop rarement. Une heureuse innovation, due au zèle du consciencieux professeur d'anatomie pathologique de la faculté de Paris, concourra également à rendre cette étude et plus facile et plus féconde pour ceux auxquels je m'adresse spécialement en ce moment ; cette innovation consiste en

(1) *Les Philosophes français du dix-neuvième siècle*, par H. Taine, p. 360.

un nombre considérable de planches coloriées, qui rendent plus vivement l'aspect et les rapports des choses.

L'analyse d'un tel ouvrage serait ici complétement hors de propos : je m'en abstiendrai donc, et me contenterai des remarques qui précèdent pour rappeler l'attention des lecteurs de ce journal sur la nécessité des études anatomiques, quand on veut faire de la médecine scientifique réellement, et sur l'importance du livre où ces études sont si bien développées que, comme il est le *manuel* de l'élève sérieux, nous désirerions qu'il devînt le *memento* de tous les médecins qui ont à cœur de se tenir à la hauteur de cette mission.

Par une chance heureuse dont nous nous garderons bien de ne pas bénéficier, nous trouvons, à côté du livre dont nous venons de parler, un livre qui le complète, et dont la fortune, depuis longtemps également assurée, nous affranchit également aussi de la nécessité d'une analyse ; c'est le *Traité de physiologie* de M. le docteur Béclard. Bien que cet auteur distingué se soit livré, lui aussi, à des vivisections nombreuses, à des recherches histologiques variées, et qu'il ait demandé au microscope des lumières qui ont éclairé dans ces derniers temps une foule de questions obscures, ce n'est point tant cependant par l'originalité des vues que par les enseignements communs puisés aux sources les plus diverses, que cet important ouvrage se recommande à l'attention des esprits sérieux. M. Béclard, à la piste de toutes les découvertes qui se font en physiologie, n'en laisse passer aucune sans la soumettre à la coupelle d'une analyse rigoureuse ; le *Traité de physiologie* est le résultat de cette critique lumineuse et indépendante. Dans les trois premières éditions de ce livre, qui se sont succédé à de si courts intervalles, tous les critiques se sont accordés à lui reconnaître cet utile caractère : cette quatrième édition est marquée du même cachet, et les développements, comme les corrections qui les distinguent des précédentes, ne font que montrer sous un jour plus éclatant encore les précieuses qualités de l'enseignement didactique, aussi fécond que sûr, que contient l'ouvrage du laborieux auteur. C'est ainsi que M. Béclard, imitant heureusement en cela plusieurs auteurs contemporains, a indiqué dans son livre une foule de sources originales où il a lui-même puisé, et où il renvoie ceux de ses nombreux lecteurs qui voudraient approfondir telle ou telle question; mais ce n'est point là l'unique correction qu'il y a à signaler dans l'édition nouvelle du *Traité élémentaire de physiologie :* telle est l'importance des additions qui y sont faites à l'étude de

certaines fonctions de l'organisme vivant, qu'on pourrait presque dire que cette dernière édition seule met proprement le lecteur à la hauteur de la science contemporaine. Nous citerons surtout, à l'appui de ce que nous venons de dire, un des plus importants chapitres de l'ouvrage, celui qui est relatif aux fonctions du système nerveux.

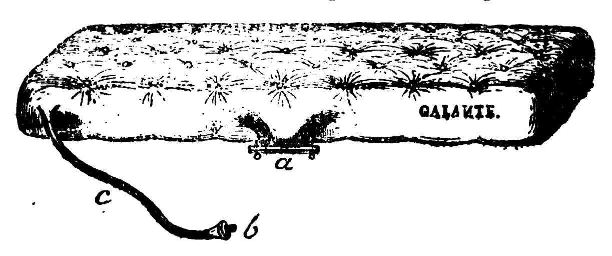
Le microscope appliqué à l'étude de ce système, la méthode des vivisections, ont donné à cette étude une portée et tout à la fois une précision de détails, qu'il y a quelque vingt ans l'esprit le plus hardi n'eût osé soupçonner. Quand le microscope nous a permis de pénétrer dans l'intimité des organes de l'innervation, qu'il nous a montré que ceux-ci consistent essentiellement en tubes nerveux, en un fluide amorphe qui les remplit, en un axe central qui traverse ce dernier, etc., etc., cette analyse plus délicate, cette dissection plus intime des choses, éclairent-elles le mystère de l'innervation, nous fait-elle mieux saisir le lien qui enchaîne tant de phénomènes d'ordres si divers qui se passent dans l'unité vivante, intelligente et aimante, qui s'appelle l'homme ? Sans passer de la sphère physique dans la sphère morale, d'un monde dans un autre, cette vue plus profonde de la structure intime du système nerveux nous montre-t-elle sous un jour moins obscur les questions qui se posent à propos de chacun de ses actes physiologiques ou pathologiques qu'il nous importe le plus de connaître ? Non : mais à scruter ainsi plus profondément la structure des organes vivants, on prépare la voie à la vérité, car on rend impossibles une foule d'erreurs. Courage donc, laborieux physiologistes ! poursuivez votre œuvre, entraînez à votre suite cette génération endormie dans l'ornière du passé. Les erreurs détruites sont aujourd'hui le commencement de la science. Si la médecine considérée comme science est possible, elle ne sera faite que par la physiologie. L'ouvrage de M. Béclard fulgure de toutes parts cette vérité.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Sur un nouveau matelas d'eau, employé a la maison municipale de santé pour prévenir la gangrène par compression dans les maladies chroniques. — Les lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique* ont pu voir, cette année, dans ce journal (vol. LXII, p. 334) la description d'un matelas en caoutchouc vulcanisé, présenté à l'Académie de médecine par M. Galante, et construit par ce fabricant, d'après les indications de M. le docteur Demarquay.

Je désire appeler l'attention des médecins sur les applications de cet appareil nouveau, destiné à rendre d'immenses services dans le traitement des maladies chroniques, et principalement de celles qui, nécessitant un séjour prolongé au lit, exposent les malades à des affections gangréneuses du siége et des saillies osseuses en général. Mais, avant de signaler ces applications, je vais reprendre la description du matelas, afin de pouvoir le mettre en parallèle, et démontrer sa supériorité sur un autre lit hydrostatique également fort ingénieux, mais d'un emploi difficile et incommode, je veux parler du lit du docteur Arnott.

Or, le matelas qu'expérimente depuis deux ans le chirurgien de la maison municipale de santé se compose de deux lames de caoutchouc soudées l'une à l'autre, et offrant 80 centimètres de long sur 70 centimètres de large; il se remplit d'eau froide ou chaude, selon le but que l'on veut atteindre, et, lorsqu'il est distendu par le liquide, offre environ 1 décimètre d'épaisseur. Sa capacité est de 25



à 26 litres, son poids de 27 à 28 kilogrammes. Sur le milieu de l'un des côtés existe une vaste ouverture, *a*, qui permet de remplir l'instrument dans l'espace de deux ou trois minutes, et se ferme ensuite à l'aide de deux plaques en cuivre que des vis adaptent solidement l'une à l'autre. A l'un des angles se trouve un long tube de caoutchouc, *bc*, muni à son extrémité libre d'un robinet, servant à vider l'eau.

Enfin l'une et l'autre face offrent trois rangées de capitons, partie indispensable de l'appareil et sans laquelle il prendrait une forme globuleuse qui rendrait son usage impossible.

Tel est l'instrument dans sa forme la plus simple, celle sous laquelle il a été employé jusqu'à ce jour; mais une modification heureuse vient d'y être apportée tout récemment, principalement pour les gâteux, c'est une ouverture circulaire d'environ 1 décimètre de diamètre, placée au centre du matelas; on en comprend facilement l'utilité, c'est de permettre aux liquides de s'écouler et par suite de ne point rester en contact avec les malades.

L'appareil, étant rempli d'eau, se place sur un lit ordinaire, puis on le recouvre d'une alèze. Lorsqu'on s'y allonge, on éprouve une sensation particulière, moelleuse, fort agréable, difficile à rendre par des mots et dont on ne peut avoir une idée bien précise qu'après l'avoir éprouvée soi-même. Le corps, flottant, pour ainsi dire, peut se retourner avec la plus grande facilité ; le moindre effort suffit, tant on est aidé par la masse liquide.

L'eau que l'on y introduit chaude, se conserve à la même température pendant fort longtemps, un mois, six semaines, sans que celle-ci baisse, ainsi que nous avons été à même de le constater par l'expérience; il se passe entre le malade et le liquide un échange continuel de calorique. Quant à celle que l'on y introduit froide, elle se réchauffe au bout de quelques jours, mais ce n'est là qu'un bien léger inconvénient, l'appareil pouvant être vidé et rempli de nouveau en quelques minutes.

On comprend tout le parti que la thérapeutique peut tirer d'un pareil instrument. A-t-on, par exemple, à traiter une inflammation violente, dans laquelle la chaleur excessive est le principal élément de douleur, comme les vastes brûlures de la partie postérieure du tronc, le matelas rempli d'eau froide adoucira beaucoup les souffrances; a-t-on au contraire à traiter une maladie dans laquelle il existe un froid continuel et l'impossibilité de réchauffer les malades, le matelas plein d'eau chaude sera de la plus grande utilité.

Mais, comme je l'ai dit plus haut, c'est surtout pour soustraire les parties à la compression et par suite à la gangrène que le matelas d'eau rend les plus grands services : sous l'influence de son emploi, les escarres se cicatrisent rapidement, quelle que soit leur profondeur ou leur étendue. Que se passe-t-il, en effet, lorsque l'homme est couché sur un lit ordinaire? Les parties qui appuient sur les matelas sont : les talons, le sacrum, les coudes, les épaules et la nuque, qui supportent à elles seules tout le poids du corps; il en résulte au bout de quelque temps, chez le malade qui ne peut se retourner, un arrêt de la circulation capillaire, et par suite des escarres de ces parties. Au contraire, chez celui qui est couché sur un lit d'eau, les parties saillantes, enfonçant dans le liquide, le refoulent vers celles qui n'appuient pas d'ordinaire, les soutiennent, de telle sorte que le poids du corps se répartissant sur une plus grande surface, la pression sur chaque point est moindre, et par suite la circulation capillaire se fait avec plus de facilité. De plus, l'homme placé sur le matelas d'eau, perdant de son poids un poids

égal à celui du liquide qu'il déplace, trouve sur cet appareil une force nouvelle qui lui permet de se retourner avec facilité.

D'ailleurs, le meilleur argument qui plaide en faveur de cette invention, comme de toute autre, c'est l'enthousiasme avec lequel les malades en parlent, et la difficulté que l'on éprouve à leur enlever l'appareil, quand leurs escarres sont cicatrisées. Voici le résumé succinct de quelques faits sur lesquels ce travail est basé.

Obs. I. M***, âgé de soixante-dix-neuf ans, entra le 23 février 1862 à la maison municipale de santé avec une fracture du col du fémur du côté gauche. Ce vieillard souffrait horriblement, il lui était impossible de se tourner dans son lit. Au bout de quelques jours il présentait au sacrum une escarre profonde et de la largeur de la main. On le plaça sur le matelas d'eau dans les premiers jours de mars, ses souffrances cessèrent presque immédiatement, il se tourna d'un côté et d'autre avec facilité. Au bout de huit jours son escarre était guérie, et sept semaines après son entrée à l'hôpital, il en sortit, marchant avec des béquilles.

Obs. II. M[lle] B***, âgée de quatre-vingt-trois ans, entra le 23 mai 1862 à la maison municipale de santé avec une fracture du col du fémur du côté gauche, datant de quelques jours. Il existait chez elle une vaste escarre au sacrum ; on la plaça immédiatement sur le matelas d'eau ; elle sortit le 6 juin non guérie de sa fracture, mais avec le siége en parfait état.

Obs. III. M. J***, âgé de quatre-vingt-deux ans, entra le 14 juillet 1862 à la maison de santé avec une fracture par pénétration du col du fémur gauche, datant de huit jours. Ce vieillard souffrait beaucoup, ne dormait pas, ne mangeait plus, avait de la fièvre, présentait en un mot un état fort mauvais ; de plus il avait le siége fortement excorié. On le plaça le 16 juillet sur le matelas d'eau; la douleur disparut, le sommeil et l'appétit revinrent. Le 21 juillet, l'appareil se rompit, au grand désespoir du malade, dont le sacrum était déjà revenu à son état normal. Le 23 juillet les souffrances ayant reparu avec une grande intensité, le malade est remis sur le matelas. Aujourd'hui, 24 août, l'état local et l'état général sont très-satisfaisants ; M. J*** se lève et marche avec des béquilles.

On sait combien est grave la fracture du col du fémur, surtout à un âge aussi avancé. Je crois donc ne pas être dans l'erreur en disant qu'il est infiniment probable que ces malades eussent succombé sans le coussin hydrostatique en question. Son heureuse influence est, d'ailleurs, d'autant mieux démontrée dans ces trois cas, que les malades offraient déjà des escarres au moment où ils y ont été placés. — L'observation suivante est encore plus concluante : il s'agit d'un homme atteint de paraplégie par suite de compression de la moelle dans sa partie cervicale.

Obs. IV. Le nommé L***, âgé de quarante-deux ans, entra le 9 avril 1862 à la maison de santé, avec une luxation et probablement une fracture de la quatrième ou de la cinquième vertèbre cervicale. Il était atteint d'une paralysie complète des membres supérieurs et inférieurs; la défécation était très-difficile et n'avait lieu que sous l'influence de lavements et de purgatifs; la miction était complétement impossible, la respiration purement diaphragmatique. On le plaça immédiatement sur le matelas plein d'eau à 28 degrés environ. — Le 23 avril, cet homme, qui jusqu'alors n'avait pu exécuter un seul mouvement, commença à se tourner de côté et d'autre; on put s'assurer alors qu'il n'offrait pas même la moindre rougeur au sacrum. Le 12 mai, les mouvements des membres commençant à se rétablir, et le malade pouvant se lever dans un fauteuil, on lui enleva le matelas et on le fit coucher sur un lit ordinaire. Le 13 mai, c'est-à-dire vingt-quatre heures après la suppression de l'appareil, des douleurs se firent sentir au siége, la peau était déjà très-rouge; on rendit l'instrument au blessé, douleur et rougeur avaient entièrement disparu le 15 mai. Depuis, le malade a été couché sur le lit d'eau jusqu'au 15 juillet, époque à laquelle il marchait appuyé sur le bras d'une autre personne, et descendait au jardin. Il est sorti le 4 août, sinon complétement guéri de sa paralysie, du moins dans un état très-satisfaisant. Ce fait est, sans contredit, celui qui nous a le plus frappé, ainsi que les médecins qui ont vu le malade. S'il existe, en effet, quelques rares guérisons de fractures ou de luxations de la colonne vertébrale dans sa portion cervicale, je ne sache pas qu'il y ait eu de ces guérisons sans que les malades aient été atteints d'escarres. M. le docteur Demarquay a constamment vu cette fâcheuse complication, et les auteurs sont unanimes sur ce point. Ainsi, MM. Bérard et Denonvilliers s'expriment en ces termes : « Nous avons observé plusieurs cas de fractures ou de luxations des vertèbres cervicales avec compression ou contusion de la moelle épinière, et chaque fois les malades frappés de paraplégie qui ont échappé aux premiers accidents, ont été emportés du quinzième au trentième jour, par suite de la gangrène qui s'est développée dans tous les points saillants du corps [1]. »

Je bornerai mes citations à ces quelques cas de guérison ; il me serait cependant facile d'en énumérer beaucoup d'autres. Ainsi je me souviens d'un homme atteint de phthisie pulmonaire, ayant des escarres aux deux trochanters et au sacrum, qui fut placé sur le matelas d'eau; quatre jours après il mourut, ses escarres étaient presque complétement guéries. — Mais je pense que les quelques faits que j'ai énumérés suffiront à tout lecteur consciencieux pour démontrer l'heureuse influence du matelas d'eau contre la gangrène par compression.

---

[1] *Compendium de chirurgie pratique*, t. I, p. 242.

Quelques mots maintenant sur le lit d'Arnott. — Employé depuis une dizaine d'années dans les hôpitaux d'Angleterre, il se compose d'une caisse à eau, recouverte d'une large toile imperméable sur laquelle le corps flotte et se trouve par conséquent à l'abri de toute pression inégale sur les parties postérieures du tronc. — La première et principale condition du matelas nouveau, *prévenir la compression*, s'y trouve donc remplie, mais il présente un grand inconvénient, c'est que le malade y enfonce assez pour que les parois latérales de la poitrine soient comprimées par le liquide, ce qui nuit considérablement à la dilatation dans l'inspiration. De plus, le lit d'Arnott est fort lourd, il exige une grande quantité d'eau chaude et par suite de combustible; il se déplace difficilement; en un mot, c'est une véritable machine, coûtant un prix très-élevé et présentant plusieurs inconvénients que nous ne retrouvons point dans le matelas hydrostatique de M. le docteur Demarquay.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Étranglement interne. *Établissement d'un anus artificiel.* De hardis chirurgiens n'ont pas craint d'ouvrir le ventre pour se mettre à la recherche de l'étranglement interne, mais cette idée a été abandonnée à cause des difficultés et des insuccès de son exécution. L'opérateur est à la recherche de l'inconnu, et s'il est difficile de rencontrer le lieu où siége l'étranglement, il ne l'est pas moins de déterminer sa nature. Il est une autre idée plus praticable et que M. Nélaton, croyons-nous, a exécutée le premier, c'est celle qui consiste à faire un anus artificiel. Cette opération est beaucoup moins difficile qu'on ne le croirait au premier abord, car à peine s'y est-on engagé qu'on rencontre devant soi des points de repère qui en assurent la régularité. L'intestin se trouve dans des conditions bien différentes, selon qu'on l'examine au-dessus ou au-dessous de l'étranglement. Au-dessus il est fortement distendu par des gaz et les matières intestinales, mais toute la partie du tractus qui se trouve au-dessous de ce point, vide et revenue sur elle-même, ne constitue plus qu'une sorte de cordon qui se cache dans l'excavation pelvienne. Quand on ouvre l'abdomen, c'est là partie pleine qui se présente et qui fait effort pour sortir par la plaie; aucune confusion n'est donc possible entre les portions sus et sous-jacentes à l'étranglement. L'examen des faits a répondu d'avance.

Mais, dira-t-on, ne risque-t-on pas d'ouvrir l'intestin trop près de l'estomac, de donner issue aux matières alimentaires avant qu'une absorption suffisante n'en ait été faite, et d'empêcher ainsi la nutrition? L'examen des faits a réfuté cette objection. Le hasard ne préside pas seul à l'arrangement de l'intestin grêle dans l'abdomen. Il est toujours disposé avec un certain ordre; les anses que l'on rencontre dans la région iliaque droite sont distantes du cœcum d'un mètre environ à deux mètres au maximum; l'anus artificiel, pratiqué en ce point, portera donc sur une partie du tube assez éloignée de l'estomac pour que la nutrition n'ait pas à en souffrir.

On peut objecter encore que cette opération, n'enlevant pas l'étrangle-

ment, n'est que palliative. Cela n'est pas toujours exact, car si l'étranglement est de nature à être levé spontanément, l'anus artificiel permet au malade de vivre assez longtemps pour attendre cette heureuse terminaison, et il met la nature dans de meilleures conditions pour l'obtenir. A supposer d'ailleurs que l'étranglement ne fût pas levé par l'opération, celle-ci, tout en condamnant le malade à une infirmité pénible, n'en aurait pas moins sauvé ses jours.

M. Nélaton a fait six fois cette opération : La première fois avec succès chez un jeune homme, au onzième jour de l'étranglement; le deuxième et le troisième malade moururent; le quatrième guérit, c'était encore un jeune homme; le cinquième mourut; le sixième était la femme d'un médecin de Paris; comme le jeune homme dont j'ai parlé en premier lieu, elle était déjà au dernier degré d'épuisement lorsque l'opération fut faite; elle guérit. Dans ces trois cas de guérison, l'étranglement se leva spontanément au bout d'une dizaine de jours, et l'anus artificiel se referma.

Le procédé opératoire consiste dans une incision faite parallèlement à l'arcade crurale droite, à un centimètre au-dessus d'elle; elle commence à deux centimètres de l'épine iliaque antéro-supérieure et s'étend jusqu'à un centimètre du milieu de l'arcade crurale; on est sûr d'éviter ainsi l'artère épigastrique. Les diverses couches qui constituent les parois abdominales sont successivement divisées, et aussitôt que l'intestin fait hernie, on le saisit et on le fixe solidement aux lèvres de la plaie par dix à douze points de suture métallique. Tous ces soins préliminaires étant accomplis, les artères ouvertes ayant été liées, on incise l'intestin.

Cette opération a été pratiquée récemment à l'hôpital des cliniques sur un homme atteint d'étranglement interne et apporté à l'hôpital presque *in extremis*. Au moment où l'intestin fut ouvert, il en jaillit un jet de liquide que l'on peut évaluer à deux litres environ, et aussitôt après le malade se sentit soulagé. Cette amélioration ne fut malheureusement qu'illusoire, car le lendemain matin le malade était mort.

On n'a trouvé chez cet homme aucune trace de péritonite ou d'épanchement abdominal; déjà l'intestin commençait à s'agglutiner avec les parois abdominales, il n'existait en ce point aucune fissure. L'opération ne saurait donc être considérée comme la cause de la mort du malade; elle fut pratiquée comme une tentative suprême sur un mourant dont elle était la seule et dernière ressource Mais les désordres provoqués par l'étranglement étaient déjà trop considérables pour qu'elle pût en conjurer les fâcheuses conséquences.

Impuissance (*Cas d'*) *guérie par l'électricité*. Sous le nom d'*aspermatisme*, M. Hicguet, de Liége, décrit une des formes les plus rares de l'impuissance, forme qui est caractérisée par le défaut d'éjaculation séminale dans le coït, bien qu'il y ait érection normale.

M. Hicguet a eu occasion d'observer cette affection chez un jeune homme de vingt-trois ans, très-bien portant d'ailleurs, qui, quoiqu'ayant eu dans des rêves lascifs la preuve que chez lui la sécrétion et l'excrétion spermatique n'étaient pas impossibles, n'avait jamais pu dans le coït arriver à la conclusion naturelle, malgré des rapports prolongés et des excitations violentes. S'étant assuré que l'aspermatisme, dans ce cas, était primitif, et non symptomatique d'une lésion capable de s'opposer à l'éjaculation, notre confrère belge pensant, d'après la théorie de M. Roubaud, que la cause de l'affection pouvait résider dans un état spasmodique de l'urètre et des canaux spermatiques, institua d'abord un traitement en rapport avec cette supposition : Cathétérisme répété avec des bougies de plus en plus volumineuses, dans le but de diminuer la sensibilité du canal au moyen de l'assuétude, pilules composés d'assa fœtida, castoréum, extraits de ciguë et de belladone, lavements avec cette dernière préparation, bains tièdes. Ces moyens, continués du 14 février au 8 mars, échouèrent complétement; l'éjaculation faisait toujours défaut. Cet insuccès donnait lieu de penser que la pathogénie admise était sans doute erronée.

Le malade avait été atteint dans son enfance et jusqu'à la puberté d'incontinence d'urine; il avait toujours été sujet à une constipation, en quelque sorte permanente, nécessitant l'emploi habituel de pilules purgatives. Ces conditions induisirent M. Hicguet à penser que, chez ce jeune homme, l'aspermatisme pouvait tenir à la même cause que la constipation, à savoir un état atonique des canaux excréteurs renfermés dans le bassin. En conséquence la médication fut changée.

L'électricité parut être le moyen le plus promptement efficace de ramener à son type normal la contractilité des organes pelviens chargés de la défécation et de l'excrétion séminale. Commencées le 8 mars, les séances d'électrisation furent répétées tous les jours. La sensibilité électrique du gland et de l'urètre était normale. A l'aide de l'extra-courant de l'appareil électro-médical de Rhumkorff et d'excitateurs humides, M. Hicguet faradisait successivement les muscles abdominaux, les parties ascendante, transverse et descendante du côlon ; puis il terminait la séance en faisant passer le courant à travers les principaux organes du bassin, rectum, régions membraneuse et prostatique de l'urètre, vésicules séminales, etc. ; un excitateur était placé sur les différents points de l'hypogastre, tandis que l'autre parcourait la région du périnée. En même temps, lavements d'eau froide trois fois par jour, affusions froides locales, bains de siége froids. Sous l'influence de ce traitement, d'abord la constipation fut vaincue, et enfin, le 15 mars, c'est-à-dire au bout de huit jours, le coït fut, pour la première fois suivi de l'orgasme éjaculateur.

Nous avons tenu à rapporter ce fait avec quelque détail, parce qu'il s'agit d'une affection rare, et que le cas donnait l'occasion de rappeler les deux modes de traitement qui peuvent en faire justice; avant d'instituer le traitement, c'est donc à se rendre compte de la cause prochaine du mal que doit s'attacher le praticien. S'il est conduit à recourir à l'emploi de l'électricité, nous pensons que c'est surtout sur les vésicules séminales qu'il devra porter l'action thérapeutique des courants.

Iodure d'ammonium (*Emploi thérapeutique de l'*), *spécialement dans le traitement du goître*. L'hydriodate d'ammoniaque jusqu'à ce jour est resté presque inusité en France, malgré le fréquent usage qu'en font les Anglais et la préférence qu'ils lui accordent dans certaines maladies sur l'iodure de potassium. Il y aurait cependant de l'intérêt à expérimenter ce sel et à se rendre compte de la valeur des éloges que lui décernent nos voisins.

Nous avons signalé, dans le temps (t. LIII, p. 44), les bons effets obtenus par le docteur Richardson, notamment par l'emploi topique de l'agent en question, dans les engorgements glandulaires, et dans une affection qu'on ne parvient qu'avec peine à guérir autrement que par l'instrument tranchant, l'hypertrophie ancienne des amygdales. A ces indications nous ajouterons aujourd'hui un aperçu de la pratique de M. Thomas Bryant, l'un des chirurgiens de Guy's hospital, lequel a souvent recours à l'iodure d'ammonium et se loue beaucoup des résultats qu'il en retire.

D'après le document que nous avons sous les yeux, ce serait plus particulièrement dans l'hypertrophie du corps thyroïde que l'iodure d'ammonium manifesterait son action avantageuse ; aussi dans cette affection, M. Bryant le préfère-t-il maintenant à toute autre préparation d'iode. Dans beaucoup de cas, il l'a administré avec une amélioration immédiate, alors que l'iodure de potassium employé antérieurement n'avait produit que peu ou point d'effet : appliqué topiquement, son action favorable se montre également satisfaisante et d'une façon très-décisive. Notre confrère prescrit le médicament, à la dose de 20 à 30 centigrammes, deux ou trois fois par jour, dans une infusion amère, celle de gentiane par exemple, et il l'a toujours vu parfaitement toléré par l'estomac. Pour les applications topiques, il l'emploie sous forme soit de pommade, soit de liniment, dans la proportion de 4 grammes pour 30 d'axonge ou de glycérine, ce dernier excipient dissolvant parfaitement le sel. Dans certains cas, si le sujet est faible, cachectique, il y a avantage à employer concurremment les ferrugineux ; pour cela, M. Bryant donne la préférence au sirop d'iodure de fer, et la dose la plus convenable lui paraît être de 2 grammes (demi-drachme) dans de l'infusion de quassia.

A l'intérieur ou topiquement, l'iodure d'ammonium procure toujours de bons effets ; mais dans le goître, la combinaison de ces deux modes d'administration est particulièrement avantageuse. Dans les engorgements strumeux des ganglions, l'emploi simplement local est préférable, en réservant l'huile de foie de morue et autres toniques pour la médication interne. (*Med. Times and. Gaz.*, février 1862).

Opium et mydriatiques; *leur antagonisme*. Voici de nouveaux faits à l'appui des ressources que présentent, pour neutraliser réciproquement leurs effets toxiques, l'opium d'une part, et d'autre part les médicaments qui, par une action opposée à celle de

ce dernier, produisent la dilatation de la pupille, belladone, stramonium, etc. Nous les empruntons à un confrère d'Amérique, le docteur Lee.

Le premier cas est celui d'un enfant âgé de six ans, à qui l'on avait administré par mégarde, au lieu de sirop de rhubarbe, une dragme de suc de belladone (environ 4 grammes), préparation non officinale, très-concentrée et seulement employée en collyre. Les symptômes caractéristiques de l'empoisonnement par les solanées vireuses se montrèrent presque immédiatement : face congestionnée et d'un rouge foncé, yeux fixes et brillants, pupilles excessivement dilatées, langue sèche, pouls lent et bondissant, coma. Immédiatement, sans aucune tentative pour évacuer la substance toxique, administration de 20 gouttes de laudanum par la bouche et en même temps de la même quantité par le rectum; répétition de la même dose de 20 gouttes toutes les demi-heures, jusqu'à ce que le petit malade en eût pris ainsi 120 gouttes en tout. A la troisième dose, les pupilles commençaient à se contracter avec énergie, la coloration pourpre de la face à disparaître : au bout de trois heures l'enfant était tout à fait bien et courait dans la chambre.

L'autre exemple n'est pas moins intéressant en lui-même; mais il emprunte encore un surcroît d'intérêt à son rapprochement du précédent, par ce fait qu'il en offre la contre-partie, étant un cas d'empoisonnement par l'opium combattu et guéri à l'aide de la belladone. Il s'agit d'un enfant âgé de deux ans, à qui sa mère avait fait avaler du laudanum, sans qu'on ait pu se rendre compte de la quantité administrée, mais qui probablement était considérable, car il y eut malheureusement lieu de soupçonner des intentions criminelles. En tout cas, les symptômes furent très-graves, au point de faire porter un pronostic funeste. La peau était pâle, froide, visqueuse; le pouls faible, à 40 par minute; la respiration rare et laborieuse; les pupilles extrêmement contractées; en même temps coma profond. Le médecin se proposait de recourir à l'application de l'électricité; mais en attendant l'appareil qu'il avait envoyé chercher, ayant de la teinture de belladone sous la main, il en donna immédiatement une dose de 15 gouttes, qu'il répéta quatre fois, de vingt minutes en vingt minutes. Le premier effet perceptible se manifesta après la seconde dose; il consista en une élévation de la température de la peau, peu prononcée d'abord, mais graduelle et bientôt appréciable à la main. Sans entrer dans aucun détail, il suffira de dire qu'après la troisième dose, à une interpellation qui lui fut adressée, l'enfant ouvrit les yeux et donna des signes d'intelligence. Une heure environ après la quatrième prise, non-seulement tout symptôme inquiétant avait disparu, mais même l'état était tout à fait bon. — Le lecteur aura remarqué les doses considérables de la substance *toxique* administrée dans l'un et l'autre cas, opium dans le premier, belladone dans le deuxième, non-seulement sans inconvénient, mais avec avantage, pour arriver à neutraliser l'effet du poison ingéré. (*Phil. med. and surg. Reporter* et *Dublin med. Press*, juin 1862.)

Oxalate de cérium; *ses bons effets dans certains cas particuliers d'épilepsie.* L'épilepsie ne paraît pas être une maladie toujours identique, ou du moins on a englobé sous ce nom des affections convulsives qui, avec un aspect et des caractères symptomatologiques communs, n'ont pas toutes la même origine, procèdent d'influences étiologiques différentes : aussi les auteurs se sont-ils appliqués à en distinguer plusieurs espèces, auxquelles correspondent autant d'indications thérapeutiques. C'est ainsi qu'Esquirol partageait les épilepsies en trois classes, selon qu'elles sont idiopathiques, sympathiques ou symptomatiques. C'est dans certains cas, appartenant à la seconde de ces divisions, qu'un médecin anglais a expérimenté l'oxalate de cérium, et il annonce l'avoir fait avec succès.

Ainsi que nous l'avons dit (t. LX, p. 40), ce sel, après quelques essais thérapeutiques tentés par Gmelin, était resté complétement oublié, lorsque l'étude en fut reprise, il y a peu d'années, par M. Simpson et M. Lee. Ce dernier médecin l'a trouvé vraiment utile pour arrêter les vomissements de la grossesse, ceux qui accompagnent fréquemment la phthisie, l'hystérie, le pyrosis et certaines formes de dyspepsie, surtout la forme atonique. C'est en vertu de ce mode d'action spéciale sur l'estomac, que le docteur Ramskill a été conduit à rechercher si l'oxalate de cérium pourrait rendre des services dans certains cas particuliers d'épilepsie.

Il dit l'avoir trouvé utile dans cette

affection, quand il y a, comme aura ou symptôme prémonitoire de l'attaque, des troubles de l estomac ou du duodénum, se révélant par un état de malaise à l'épigastre, accompagné d'une sensation d'anéantissement, de défaillance, de mouvement désordonné, mais sans palpitations. Dans trois cas de ce genre, l'épilepsie a été guérie (ou du moins les attaques n'avaient pas reparu) à la suite de l'emploi de l'agent dont il est ici question, tandis qu'aucun effet n'a été obtenu dans d'autres formes du mal où les symptômes prémonitoires se rapportaient à la tête, tels que le vertige, etc., ou au cœur, comme les palpitations, la sensation de l'arrêt des battements de cet organe, enfin dans aucune autre variété, à l'exception de celle qui vient d'être mentionnée Quel que soit l'avenir réservé à l'oxalate de cérium comme moyen de combattre l'épilepsie, toujours est-il que ces faits rappellent et mettent en lumière une indication importante dans le traitement de cette affection, celle qui consiste à s'opposer au développement de l'attaque, en remédiant aux troubles qui constituent l'aura. (*Méd. Times and Gaz.*, janv. 1862.)

Sulfate de quinine (*Accidents graves produits par une faible dose de*). Tout le monde sait qu'en vertu de certaines idiosyncrasies, des médicaments ordinairement inoffensifs produisent de véritables empoisonnements. C'est à une susceptibilité individuelle de ce genre qu'il convient, sans doute, de rapporter les accidents dont M. le docteur Gelineau (de Ruelle-sur-Touvre) a été témoin dans le fait que voici :

Une demoiselle âgée de trente-deux ans, d'un tempéramment excessivement nerveux, d'une organisation fort délicate, voulant se débarrasser d'une fièvre erratique qui l'incommodait depuis quelques jours, prend, sans prescription médicale, 50 centigrammes de sulfate de quinine en une seule fois. Il était à ce moment cinq heures et demie du matin. A sept heures, elle est réveillée par une colique violente, des envies pressantes d'aller à la selle, avec anxiété. horripilations, refroidissement général, sueurs glacées. Elle se trouve mal et on la recouche. L'hyposthénie augmente de minute en minute. La face est pâle, les yeux sont cernés, convulsés; les pupilles dilatées, les dents serrées, les membres engourdis, inertes, les réponses aux questions qu'on lui adresse nulles. Appelé en toute hâte près de la malade, notre confrère constate une légère diminution des symptômes dont on lui a rendu compte. La malade répond en bredouillant aux quest ons qu'on lui adresse, mais elle les entend ; la respiration est calme, le pouls à 60. M. Gelineau prescrit des affusions d'eau vinaigrée froide sur la tête, des appplications chaudes aux extrémités, une limonade purgative et un lavement avec l'assa fœtida et la valériane, à faire prendre après le retour de la chaleur.

Une heure plus tard l'amélioration est sensible, le pouls est à 80, et, à partir de ce moment, le susurrus auriculaire, les bruits de cloches, les bourdonnements d'oreilles commencent à se produire, puis les règles apparaissent plus tôt qu'on ne les attendait. Le lendemain, tout cet orage était dissipé, et la malade n'accusait qu'un peu de fatigue dans les membres et de la pesanteur à la tête.

Comme particularités remarquables, M. Gelineau note dans ce cas d'intoxication quinique les coliques précédant les troubles de l'ouïe, la manifestation tardive de ces troubles, la dilatation des pupilles, enfin l'apparition subite et anticipée des règles. (*Journal de méd. et de chirurg. pratiq.*, juillet 1862.)

Tannin. *Son emploi dans la résorption purulente puerpérale*. Il y a deux ans, M. le docteur Woillez donnait des soins à une jeune dame pour une résorption purulente survenue au sixième jour de ses couches, après un deuxième accouchement, d'ailleurs très-heureux. L'infection purulente était caractérisée par des frissons répétés, un état général des plus graves et l'apparition d'abcès multiples aux membres. On était à une époque où les chirurgiens redoutaient l'invasion des érysipèles et s'abstenaient autant que possible de l'emploi de l'instrument tranchant. Aussi MM. Gosselin et Depaul, qui virent cette malade en consultation, furent-ils d'avis qu'il fallait s'abstenir d'opérer. Le sulfate de quinine fut administré dans les premiers jours, mais on fut forcé d'y renoncer parce qu'il semblait aggraver manifestement les symptômes généraux. M. Woillez lui substitua le tannin, qui fut pris à la dose de 60 centigrammes par jour. Les collections purulentes se résorbèrent spontanément, et la malade guérit après deux

mois de maladie. Le tannin avait été continué à la même dose jusqu'à la guérison.

Ne pouvant, d'après ce seul fait, se considérer comme suffisamment autorisé à attribuer la guérison au tannin, M. Woillez s'était promis dès lors de recourir de nouveau à cette médication à la première occasion. Cette occasion s'est offerte depuis dans son service de l'hôpital Saint-Antoine, et le résultat a été aussi heureux. Voici la relation de ce fait, qui présente, ainsi qu'on en jugera, un intérêt pratique.

Une femme de vingt neuf ans, Marie L***, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 8 janvier dernier, au moment d'accoucher. L'accouchement se termine le soir même de l'admission, après un travail de huit heures. Tout se passe de la manière la plus satisfaisante pendant les cinq premiers jours; mais le sixième jour, il survient subitement un premier frisson très-intense, avec claquement de dents et qui ne dure pas moins de trois quarts d'heure. Les deux jours suivants, des frissons irréguliers analogues se répètent, en même temps que se développe un état général grave. La face est altérée et d'une pâleur jaunâtre; la prostration considérable; la respiration anxieuse, le sommeil agité, le pouls petit et fréquent, la langue sèche, la soif vive. Il y a trois ou quatre selles diarrhéiques, fétides, par vingt-quatre heures; le ventre est légèrement ballonné, un peu sensible à la pression au niveau de l'utérus.

Trois jours après l'invasion de ces phénomènes, on voit apparaître trois plaques rouges à la peau : l'une à la région interne du poignet, et les deux autres à la partie interne et inférieure de la jambe gauche et au niveau du mollet droit. Ces plaques sont douloureuses, se gonflent et deviennent rapidement fluctuantes. Les abcès, ouverts avec le bistouri, fournissent un pus bien lié.

Dès l'apparition du frisson initial, du sulfate de quinine avait été administré à la dose fractionnée de 1 gramme par vingt quatre heures. Mais dès que se montrèrent les abcès, qui ne laissaient pas de doute sur l'existence d'une résorption purulente, M. Woillez administra le tannin de la manière suivante :

Tannin. . . . . 60 centigrammes.
Mucilage. . . . . Q. S.

pour quatre pilules de 0gr,15 chaque, à prendre dans la journée, deux par deux, immédiatement avant chaque repas.

Vers la fin du mois, l'état général s'améliora sensiblement. Le pouls était encore fréquent, mais les troubles digestifs avaient disparu ainsi que l'anxiété, et l'appétit revenait. Cette amélioration s'est soutenue nonobstant le développement d'un nouvel abcès au niveau du sacrum, qui apparut au commencement de février, et malgré la manifestation d'un engorgement inflammatoire du côté gauche de la poitrine.

Les pilules de tannin, associées à du vin de quinquina et à un régime réconfortant, furent continuées sans interruption pendant plus de trois mois, à cause de l'apparition de trois nouveaux abcès survenus successivement vers la fin de février, l'un au niveau de l'articulation tibio tarsienne gauche, un second en arrière du grand trochanter droit, et le troisième au niveau du tendon d'Achille du côté gauche. Ces abcès, traités localement par des cataplasmes et ouverts avec l'instrument tranchant, comme les précédents, se cicatrisent aussi très-rapidement. A dater de ce moment, rien ne vint entraver l'amélioration croissante, qui permit à la malade de sortir de l'hôpital le 3 mai, en parfait état de santé depuis six semaines.

Sans nous croire autorisés à notre tour à conclure de ces faits en faveur de l'efficacité générale du tannin contre les résorptions purulentes, nous pensons du moins qu'on doit y voir un motif suffisant pour encourager à tenter de nouveau l'emploi de ce moyen et à poursuivre les expériences commencées par M. Woillez. (*Gaz. des hôpit.*, juillet 1862.)

Vers intestinaux (*Paralysie des membres et de la langue, guérie par l'expulsion de*). Les cas dans lesquels on voit des affections nerveuses, quelquefois d'apparence très-grave, disparaître après la guérison d'une maladie vermineuse, sont toujours intéressants et instructifs. A ce titre, le fait suivant mérite d'être ajouté à ceux que nous avons rapportés.

E. B***, petite fille âgée de six ans, pâle, cachectique, me fut conduite par sa mère, dit le docteur D. Gibson, le 18 avril dernier. Huit jours auparavant, on avait remarqué qu'elle était très-maussade, très-irritable, et en même temps qu'elle avait de la peine à se tenir debout et ne pouvait marcher d'une manière solide. Assise sur une chaise, elle serait tombée, si on ne l'eût soutenue. Quand elle voulait parler, ce qu'elle ne faisait que très-

imparfaitement, elle se mordait fréquemment la langue, et pour avaler, elle était obligée de la tenir avec le doigt. Je prescrivis: calomel, 30 centigrammes, et poudre de rhubarbe, 2 grammes, en six prises, à prendre une matin et soir; en même temps un mélange de sesquichlorure de fer, 20 gouttes dans 90 grammes d'eau distillée, trois cuillerées à bouche par jour. Le lendemain, elle avait rendu une quantité considérable de vers trichocéphales (*trichocephalus dispar*). Le 21, la paralysie des extrémités était complète; l'enfant ne pouvait absolument se tenir debout, il fallut la faire manger avec une cuiller, et elle avait tout à fait perdu la parole. Le même traitement fut continué, et le 3 mai elle expulsa encore des vers en grand nombre. Le 6, un peu d'amélioration dans la paralysie; l'enfant pouvait rester debout, moyennant qu'on la tint par la main; mais elle continuait à ne pouvoir parler et toutes les fois qu'elle essayait de le faire, elle se mordait la langue. Continuation des poudres et de la solution ferrugineuse. Le 8, nouvelle évacuation de vers en plus grande quantité encore: à partir de ce moment, l'état de la petite malade s'améliora assez rapidement: d'abord, elle put articuler le mot *mother* (mère), la paralysie des extrémités alla diminuant, la parole devint de plus en plus libre, et l'enfant put manger seule. Le 12, elle rendit de nouveau des vers en grand nombre. Le 20, elle était tout à fait guérie, et avait un aspect de santé meilleur qu'elle ne l'avait eu depuis longtemps. (*Lancet*, août 1862.)

VARIÉTÉS.

De la restauration mécanique des mâchoires supérieure et inférieure (¹).

L'historique de la prothèse de la mâchoire inférieure n'est guère plus riche en documents écrits (²) que celle du maxillaire supérieur, et nous n'avons à signaler qu'un seul appareil, les *mentons d'argent*. Ces pièces, ainsi que leur nom l'indique, sont constituées par une plaque de ce métal, à laquelle on a donné la forme du bas du visage. Les dimensions de ce menton artificiel (³) varient avec l'étendue de la perte de substance; en général, le bord supérieur arrondi A vient se mettre en rapport avec la lèvre supérieure, tandis que son bord inférieur se prolonge jusqu'au cou. Quant aux bords latéraux, ils servent de point d'attache aux courroies en cuir qui vont fixer l'appareil au sommet de la tête. Lorsque la langue, par suite d'adhérences anomales, est entraînée en bas, une seconde plaque d'argent, placée à l'intérieur de l'appareil, vient fournir un point d'appui à cet organe et faciliter la parole ainsi que les mouvements de déglutition de la salive; on désigne ces pièces sous le nom de doubles mentons d'argent.

Nous avons été étonné de ne trouver, ni dans le musée des Invalides, ni dans celui du Val-de-Grâce, aucun des divers modèles qui ont servi aux nombreux mutilés ayant subi l'ablation du maxillaire inférieur pendant les guerres du premier empire. On a conservé un certain nombre de têtes de ces militaires, mais

(¹) Suite, voir la livraison précédente, p. 184.

(²) Il existe cependant une brochure, publiée à la fin du siècle dernier, par Siebold, que nous aurions désiré consulter; elle a pour titre : *Nachricht von einem Unglücklichen, der durch einem Schuss seine Kuntere innlade verlor*, etc., c'est-à-dire : Histoire d'un malheureux qui a perdu la mâchoire inférieure par un coup de feu, avec une figure représentant son état actuel et la machine dont il se sert pour remplacer la mâchoire qui lui manque; in-4°, Berlin, 1799.

Nous serons très-reconnaissant au confrère allemand qui nous adresserait une analyse de ce fait, ainsi que les dessins donnés par Siebold.

(³) Le dessin que nous publions (fig. 2) représente le modèle fourni par les hôpitaux civils; il est construit exclusivement avec le cuir et coûte beaucoup moins que les appareils en argent.

pas un appareil. Nouvelle preuve de l'indifférence que l'on a pour tout ce qui tient à la prothèse.

Ici, comme dans la restauration du maxillaire supérieur, l'art se borne à l'emploi d'une plaque de métal représentant la forme normale des parties et se plaçant à l'extérieur. Ces appareils laissent beaucoup à désirer, puisqu'ils n'empêchent pas même l'écoulement de la salive, et l'on verra plus loin le moyen ingénieux auquel M. Preterre a eu recours pour atteindre ce but.

Toutefois, lorsque tout le bas du visage ainsi que le plancher buccal a été détruit en même temps que le maxillaire, on comprend qu'en face d'une perte de substance d'une semblable étendue, on ne saurait avoir recours à un autre artifice que l'emploi du menton d'argent.

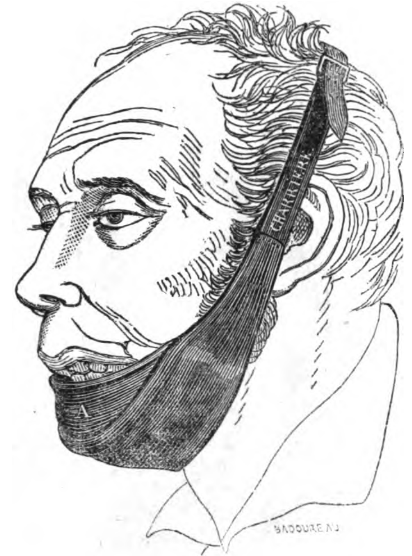


Fig. 2.

Voici un exemple de l'usage des appareils que nos fabricants d'instruments construisent pour parer à ces mutilations.

Obs. *Ablation de toute la portion horizontale du maxillaire inférieur par un boulet. — Usage d'un double menton d'argent pendant vingt années. — Autopsie.* — Vernez (Charles-François) eut, à la bataille d'Iéna, le corps de la mâchoire inférieure et la branche gauche de l'os, jusqu'au voisinage du condyle et de l'apophyse coronoïde, emportés par un boulet de petit calibre; les parties molles environnantes, déchirées en lambeaux, pendaient au devant du cou, la langue avait été fortement froissée du côté gauche et à la pointe; une portion de cet organe fut détruite; le chirurgien de l'ambulance rapprocha toutes ces parties, le mieux possible, lors des premiers pansements. Une suppuration abondante s'établit; plusieurs esquilles, restées aux extrémités de la mâchoire, se détachèrent et furent entraînées par la suppuration. La guérison était complète au bout de trois mois.

Voici ce que, vers 1818, Ribes disait des suites de cette énorme blessure; cet invalide avait alors quarante-quatre ans. « En examinant le malade, on voit que les parties molles et les lambeaux détachés des lèvres, du menton et des joues se sont réunies à la partie supérieure du cou, au-dessus et sur les côtés du larynx, à la base de la langue, en formant plusieurs plis et diverses cicatrices dans le point de leur réunion. L'ouverture de la bouche se trouve sous la voûte palatine, la langue est cachée dans les parties molles, et rétractée dans l'arrière-bouche; la face inférieure est unie aux parties sous-jacentes d'une manière assez intime, ce qui lui ôte beaucoup de sa mobilité. Si le malade veut allonger cet organe, la pointe se recourbe aussitôt du côté gauche.

« Ce malade porte un double menton d'argent; lorsqu'il est muni de son appa-

reil, il parle assez distinctement. Il est fort incommodé par la quantité considérable de salive qu'il ne cesse de perdre. » (*Dictionnaire des sciences médicales*, t. XXIX, p. 425.)

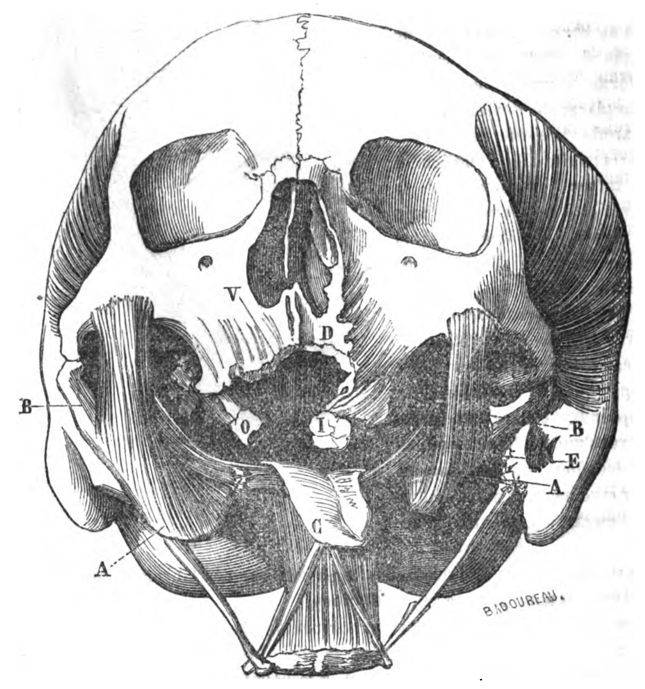


Fig. 8.

Vernez, malgré son énorme mutilation, a vécu jusqu'à l'âge de soixante-trois ans et a succombé à une apoplexie foudroyante. Parmi les détails que nous a laissés Larrey, nous devons noter les suivants : « A mesure que cet homme avançait en âge, comme l'échancrure du menton, par laquelle s'échappait la salive, se rétrécissait insensiblement, l'écoulement de ce liquide diminuait dans les mêmes proportions, à un tel point, que dans les derniers temps de sa vie Vernez, au lieu de renouveler l'éponge ou les linges qui recevaient cette sécrétion, trois, quatre, cinq et six fois par jour, mouillait à peine une compresse dans les vingt-quatre heures. »

La figure ci-jointe, que nous a laissée Larrey, démontre, ainsi qu'il le fait observer, que « non-seulement la nature avait luxé et rapproché par degrés les fragments du maxillaire inférieur AA, mais elle avait abaissé perpendiculairement les os maxillaires supérieurs, ceux des pommettes et les parois des orbites, en sorte que le cône de ces cavités est incliné de haut en bas, au lieu d'être horizontal. Les deux portions latérales de l'os frontal sont également abaissées dans la même direction, et comme ayant fait effort pour s'écarter l'une de l'autre à la suture sagittale. La voûte palatine V est fortement déprimée vers les fosses nasales et le rebord alvéolaire D, tellement rapproché, que la dernière grosse molaire d'un côté I, et celle de l'autre O, ne sont séparées que

par un espace d'environ 1/2 centimètre. Enfin, les dents incisives, les canines et les petites molaires ont été expulsées successivement de leurs alvéoles par l'effet du resserrement du tissu spongieux des os maxillaires [1].

« Tels sont, ajoute Larrey, les efforts inconcevables que la nature avait faits dans la tête de Vernez, pour réparer le désordre des parties lésées, et rétablir autant que possible les fonctions dans les organes qu'on avait d'abord considérés comme entièrement détruits. » (*Clinique chirurgicale*, t. V, p. 116)

M. Hipp. Larrey a suivi l'exemple de son illustre père, et nous a donné l'histoire chirurgicale du premier siége auquel il a assisté : celui de la citadelle d'Anvers. Parmi les nombreuses observations intéressantes que contient ce volume, il en est une que nous devons citer ici, car nous y voyons signaler une tentative de construction d'une mâchoire artificielle.

Obs. *Destruction de tout le corps de la mâchoire inférieure et fracture de l'avant-bras nécessitant l'amputation immédiate. — Guérison. — Essai d'une mâchoire artificielle placée à l'intérieur du menton d'argent.* — Louis, canonnier au 2e régiment d'artillerie, âgé de vingt-deux ans, est blessé, le 6 décembre, dans la tranchée de la citadelle d'Anvers; un éclat de bombe, après lui avoir enlevé tout le corps de la mâchoire inférieure, vient lui fracasser l'avant-bras. Voici la description que M. H. Larrey donne de cette horrible blessure de la face. « Le projectile, attaquant la face externe gauche des mâchoires, a enlevé la presque totalité du maxillaire inférieur, dont il ne reste que le bord postérieur de l'apophyse coronoïde et le condyle. A droite, l'extrémité du corps de cet os est conservée jusqu'à la première grosse molaire; les alvéoles et les dents du sous-maxillaire gauche sont en partie brisées, les palatins fracturés, le corps de l'hyoïde dénudé ; le conduit parotidien gauche est déchiré, et la langue sillonnée, du même côté, par une plaie profonde.

« La vaste solution de continuité s'étend, à gauche, de l'apophyse zygomatique à l'échancrure antéro-postérieure du cartilage thyroïde, aux dépens de presque toutes les parties molles de la joue et d'une grande portion de la lèvre supérieure, de ce côté ; et à droite, de ce même cartilage au niveau des dernières alvéoles sus-maxillaires, au buccinateur, à quatre ou cinq centimètres du lobule de l'oreille. Son centre est occupé par la voûte et le voile du palais, l'ouverture œsophagienne de la bouche, quelques débris des glandes sous-maxillaires et des muscles hyoglosses et génioglosses, par la langue quadruplée de son volume normal, sur le premier plan. Cet organe inférieurement disséqué jusqu'à la base, par le choc vulnérant, à défaut de ses points d'appui naturels, tombe par son propre poids au devant du larynx; l'ensemble de la lésion offre de la ressemblance avec le mufle béant de certains animaux. » Le même projectile, après cette dévastation, rencontrant l'avant-bras droit, l'avait profondément contus et brisé comminutivement à son tiers moyen.

Le blessé transporté à l'ambulance, on extrait les esquilles et on pratique ensuite plusieurs points de suture aux téguments des régions sous-maxillaires et du cou; enfin on lui ampute l'avant-bras; malgré ses graves blessures, le malade guérit. Le 10 février on prend le moule en plâtre de la face si bizarrement défigurée et assez cicatrisée pour que cette opération ne soit pas douloureuse.

On avait alimenté jusque-là ce blessé à l'aide d'un biberon; la guérison des blessures de la bouche étant complète, ce biberon est remplacé par un vase

[1] La tête de Vernez fait également partie de la riche collection du Val-de-Grâce.

semi-pyriforme, dont le prolongement, en bec de canne, est destiné à verser des aliments dans l'ouverture postérieure de la bouche. Grâce à ce moyen l'alimentation peut être plus substantielle; aussi, à partir de ce moment, la nutrition s'opérant avec plus de régularité, cet homme prend un embonpoint remarquable. (*Histoire chirurgicale du siége de la citadelle d'Anvers*, p. 88.)

L'intérêt qu'excitait ce blessé engagea un dentiste d'Anvers, M. Versghuylen, à tenter de lui fabriquer un appareil plus utile que le simple menton d'argent, employé pour cacher ces pertes de substance. Malheureusement, en face des problèmes insolubles le zèle ne suffit pas, et les efforts de M. Versghuylen n'ont pu être couronnés de succès.

Ce dentiste eut l'idée de placer à l'intérieur du menton d'argent un maxillaire inférieur en métal. Cette pièce mobile repose sur un ressort, et lorsqu'on lâche la détente, les dents artificielles viennent heurter l'arcade dentaire supérieure. On ramène alors la mâchoire à sa place première et l'on recommence la même manœuvre. *A priori* cet artifice peut paraître ingénieux; mais dès qu'on réfléchit à la manière dont l'acte de la mastication s'accomplit, on demeure convaincu que cet appareil n'a pu rendre aucun service à ce mutilé. Est-ce que le bol alimentaire, pour être broyé, ne doit pas être ramené et maintenu sous les arcades dentaires par le jeu des joues? Or celles-ci n'existaient plus chez Louis. Le plancher buccal faisait également défaut; de sorte que, dès qu'on introduisait des aliments dans l'appareil, ils devaient immédiatement tomber dans sa partie inférieure, creusée en godet pour recevoir la salive.

Cette pièce n'a donc pu avoir d'autre utilité que de cacher la hideuse mutilation de ce blessé, comme l'eût fait une simple plaque métallique, avec cette différence que son poids était deux fois plus considérable que les mentons d'argent ordinaires.

Louis est venu prendre tout d'abord une place d'honneur à l'hôtel des Invalides, à côté des vieux braves d'Austerlitz et d'Eylau; mais il n'y a pas fait un long séjour, il a préféré retourner dans sa famille, de sorte que son observation laisse beaucoup à désirer, au point de vue qui nous occupe spécialement.

Le moule de la tête de ce blessé, auquel se trouve adapté un modèle de la mâchoire artificielle construite par M. Versghuylen, est placé au musée du Val-de-Grâce; ce qui nous dispense d'en donner la figure.

En reproduisant les observations ci-dessus, nous n'avons pas eu pour but de fournir seulement des exemples de la disposition des appareils mis en œuvre par la prothèse dans les cas de mutilation des maxillaires supérieur et inférieur. Nous avons voulu préparer, en même temps, des matériaux destinés à élucider une question non moins importante: l'étude des modifications organiques que la cicatrisation des parties molles et du squelette peut amener dans la conformation de la bouche et de la partie inférieure du visage.

Aux nominations de la Légion d'honneur que nous avons publiées dans notre dernier numéro, nous devons ajouter les suivantes:

Au grade d'officier: MM. Huet, médecin des prisons de la Seine; Magne, médecin oculiste à Paris.

Au grade de chevalier: MM. Lagillardaie, chirurgien en chef de l'hospice de Vannes; Laroche, chirurgien aide-major du 3e bataillon de la garde nationale de la Seine; Letourneux, médecin de l'hospice de Fougerolles (Mayenne); Marie, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Auxerre; Massard, chirurgien-major du 34e bataillon de la garde nationale de la Seine; Varnier, chef de bureau à l'Assistance publique; Vidal, médecin de l'hospice de la Reine-Hortense, à Aix-les-Bains; Vignes, médecin en chef de l'hospice de Tarbes.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.



THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Principes de thérapeutique en matière de puerpéralité.

Par M. le docteur E. Hervieux, médecin de la Maternité.

Le diagnostic est la base de toute thérapeutique bien entendue. Sans diagnostic précis, il n'est point de thérapeutique possible. Cela est vrai de toutes les maladies, mais cela est vrai surtout des affections très-diverses qu'on a confondues autrefois et que bon nombre de médecins de nos jours confondent encore sous la dénomination de *fièvre puerpérale*.

J'établirai d'abord dans cet article qu'il n'y a pas de fièvre puerpérale dans le sens qu'on attache habituellement à ce mot, et que l'admission de cette séduisante et commode hypothèse, c'est le chaos, c'est le retour à l'enfance de l'art, c'est la négation de toute science diagnostique, c'est l'obstacle à tout progrès thérapeutique en matière de puerpéralité.

Je chercherai ensuite à démontrer que les affections très-distinctes qu'on a embrouillées comme à plaisir, en les qualifiant de fièvre puerpérale, donnent lieu à des indications thérapeutiques non moins distinctes et qu'il importe au plus haut degré de séparer dans la pratique.

A l'époque où l'anatomie pathologique ne nous avait pas fait connaître les lésions aussi graves que nombreuses qu'on peut rencontrer à l'autopsie des femmes en couches, à l'époque où on ne savait pas démêler les groupes de symptômes qui correspondent à tel ou tel ordre de lésions cadavériques, il se conçoit que des praticiens distingués aient rattaché à une seule et même maladie inconnue dans son essence les groupes de symptômes les plus divers, et se soient contentés d'assigner à cette maladie certaines formes particulières et distinctes. Mais en présence des résultats si précis que nous fournit l'examen nécroscopique, en face de la relation si claire, si évidente, que nous sommes à même de constater chaque jour entre ces prétendues formes de la fièvre puerpérale et tel ou tel ordre d'altérations cadavériques, je m'émerveille que cette thèse de la fièvre puerpérale ait pu être soutenue dans ces derniers temps, et en pleine Académie, par des médecins du plus grand mérite.

Examinons donc les principaux arguments qu'on a fait valoir pour établir l'existence de la fièvre puerpérale.

1° *On n'a trouvé aucune lésion viscérale appréciable à l'autopsie*

de certaines malades qui auraient succombé avec tous les symptômes de la fièvre puerpérale.

A cela je réponds : les cas sur lesquels on s'appuie pour admettre une fièvre puerpérale essentielle *sine materia* sont des cas exceptionnels, tellement exceptionnels, que, malgré le nombre considérable d'autopsies que je suis à même de faire à l'hospice de la Maternité, je n'en ai jamais rencontré de semblables. Lorsqu'il n'existait aucune lésion appréciable du côté du ventre, soit dans le péritoine, soit dans l'appareil utérin, soit dans les veines pelviennes, etc., je trouvais l'explication de la mort tantôt dans une phlébite suppurée des membres inférieurs ou supérieurs, tantôt dans une embolie des vaisseaux pulmonaires, tantôt dans quelque lésion grave révélée par l'ouverture des cavités thoracique ou encéphalique. Or, rien ne me prouve que, dans ces fameux cas de mort sans lésion matérielle appréciable, on n'ait pas laissé échapper quelque phlébite des membres ou toute autre altération anatomique. Tant qu'on ne m'aura pas mis en face d'un cas pareil, je me crois fondé par mon expérience personnelle à soutenir que, chez les sujets dont on a tant parlé et dont malheureusement l'observation ne se trouve publiée nulle part, à soutenir, dis-je, que l'autopsie a dû être incomplète. En effet, chez les femmes en couches il ne suffit pas d'ouvrir toutes les cavités viscérales, il faut encore disséquer toutes les veines des membres, lesquelles m'ont donné maintes fois l'explication d'une catastrophe qui, au premier abord, paraissait inexplicable ; il faut rechercher dans les vaisseaux pulmonaires si quelque embolie n'a pas pu hâter la terminaison funeste ; il faudrait, en un mot, pour affirmer l'absence de toute lésion, une minutie d'examen que les hommes les plus consciencieux n'apportent et ne peuvent apporter dans aucune autopsie.

2° *On a dit de la fièvre puerpérale qu'elle consistait dans une altération du sang, et qu'à ce titre elle méritait d'être rangée dans les pyrexies, parmi les typhus.*

L'altération du sang, lorsqu'elle existe, et cela est loin d'être démontré, est la conséquence de la phlébite utérine, ou de la phlébite des membres inférieurs, ou de la péritonite, ou d'une suppuration pelvienne. Elle ne préexiste pas à ces lésions. Elle n'a rien qui doive surprendre, lorsqu'on se rappelle que ces diverses lésions donnent lieu dans leur période ultime à un état typhoïde parfaitement caractérisé, lequel témoigne, dans un certain nombre de cas, de l'existence d'une infection purulente. Or, que le sang soit altéré quand il y a infection purulente, c'est-à-dire quand il y a passage dans ce fluide

de certains éléments du pus, y a-t-il là rien que de très-simple, de très-rationnel, et de parfaitement intelligible? Est-il besoin pour cela de recourir à une hypothèse qui est, d'ailleurs, en opposition flagrante avec les données les plus élémentaires de l'observation?

3° *On a invoqué en faveur de la fièvre puerpérale l'identité des symptômes qu'on observe dans la péritonite, la phlébite utérine, l'infection purulente, les suppurations des veines du bassin*, etc.

Je m'inscris en faux contre cette prétendue identité. Les symptômes de la péritonite ne sont point ceux de la phlébite utérine. Tous les jours nous faisons cliniquement et avec une certitude presque mathématique la distinction entre ces deux ordres d'affections. Très-souvent, il est vrai, les deux maladies coexistent, et alors il y a aussi fusion des deux ordres de symptômes appartenant à chacune d'elles; mais, enfin, quand la phlébite utérine est pure, et cela arrive fréquemment, elle a des caractères, des allures, une symptomatologie spéciales; il en est de même de la péritonite. J'en pourrais dire autant de la phlébite des veines du bassin, de certaines suppurations pelviennes, en un mot, de toutes les affections que l'esprit de système a comprises sous la dénomination mensongère de fièvre puerpérale. Que vous ne preniez pas au lit des malades la peine de distinguer toutes ces affections, malgré leur phénoménalité si différente, j'y consens; que vous trouviez plus commode d'intituler fièvre puerpérale tantôt une péritonite, tantôt une phlébite utérine, tantôt une ovarite, etc., que vous dispensiez ainsi votre intelligence d'un travail qui a ses ennuis et qui peut avoir ses mécomptes, je le conçois; mais que vous prétendiez élever votre insouciance à la hauteur d'une théorie et ranger sous un même chef des états morbides parfaitement distincts, sous prétexte qu'il vous a plu de n'en pas faire la distinction, voilà ce que je ne saurais admettre, et tant que cela me sera possible, je lutterai de toutes mes forces contre une aussi exorbitante prétention.

4° *On a dit encore: Une même cause très-générale a pu produire des lésions très-diverses, mais, enfin, il a préexisté quelque chose de général, engendré par un agent spécifique, inconnu dans son essence et qui a pénétré par infection ou par contagion.*

Que la péritonite, que la phlébite utérine, que la lymphite, que la phlébite des membres inférieurs, que l'ovarite, que le phlegmon des ligaments larges, etc., se produisent dans les hôpitaux de femmes en couches, sous l'influence d'une cause générale identique, cela est très-contestable, car il n'y a pas que le miasme qui produise les accidents puerpéraux, il n'y a pas que l'encombrement ou la conta-

gion, il y a la débilitation par les privations ou par les excès, il y a la misère physique, la misère morale, la dépression ou la souffrance de l'organisme, l'appauvrissement de la constitution, les regrets du passé, la crainte et les préoccupations de l'avenir, etc., etc., toutes causes qui ont leur importance et que l'on a beaucoup trop laissées dans l'ombre, lors des discussions relatives à la salubrité et à l'hygiène des hôpitaux.

Mais admettons pour un instant que toutes ces causes, si multiples et si complexes, n'existent pas, faisons-en table rase, supposons, ce qui serait absurde, qu'il existe une cause unique pour toutes les maladies puerpérales. Faudra-t-il, à cause de cela, rayer ces maladies du cadre nosologique, leur refuser l'autonomie dont elles jouissent et en faire des dépendances d'une sorte d'état fédéral qu'on appellera la *fièvre puerpérale?* A quoi nous mènerait ce besoin de fusionnement? A confondre ce qui a été distingué, à obscurcir ce qui a été éclairci, à faire rentrer dans le chaos ce qui en est sorti, grâce à l'observation clinique et cadavérique.

Un exemple fera mieux saisir tout ce qu'il y a d'illogique dans l'argument que nous combattons. Lorsque, à l'époque de la guerre de Crimée, le typhus, la dyssenterie, la pourriture d'hôpital, l'infection purulente, etc., décimèrent notre armée sous les murs de Sébastopol, est-il venu à la pensée d'aucun chirurgien militaire de confondre sous une dénomination unique, le typhus des camps, par exemple, les affections très-diverses que faisait naître l'accumulation de tant de milliers d'hommes sur un espace très-circonscrit? Assurément non; eh bien, pourquoi prétendrait-on faire pour les maladies des femmes en couches ce qu'on trouverait souverainement absurde pour les maladies des soldats soumis à l'influence de l'encombrement? Une même cause produit souvent chez ces derniers des affections très-différentes, pourquoi n'en serait-il pas ainsi dans l'état puerpéral? De l'identité de cause, vous n'avez pas le droit de déduire l'identité de nature. C'est un principe qu'il faut avoir présent à l'esprit en nosologie.

5° *Les partisans de la fièvre puerpérale ont admis trois formes distinctes de cette fièvre: forme inflammatoire, forme muqueuse ou bilieuse et forme typhoïde.*

Peut-on s'autoriser de l'existence des symptômes à l'aide desquels on a constitué ces trois formes pour admettre une fièvre puerpérale? Evidemment non; car ces formes ne reposent que sur une appréciation inexacte de certains accidents puerpéraux. Ainsi la forme dite *inflammatoire* correspond à la métrite puerpérale simple, c'es

à-dire à un état pathologique dans lequel les malades, après un frisson léger, éprouvent de la fièvre et des douleurs abdominales, fièvre et douleurs qui disparaissent soit par le bénéfice de la nature, soit par un traitement antiphlogistique convenablement dirigé. La forme *bilieuse* n'est autre chose que l'ensemble des symptômes par lesquels s'exprime la péritonite ou la métro-péritonite, puisque, dans ces états morbides, les saburres de la langue, les vomissements, la diarrhée bilieuse, la teinte ictérique du tégument externe sont, avec le météorisme abdominal, les phénomènes caractéristiques de l'inflammation péritonéale et de l'hypersécrétion biliaire qui l'accompagne. Quant à la forme *typhoïde*, ne trouve-t-elle pas son explication naturelle dans l'existence d'une suppuration pelvienne, dans l'infection putride ou purulente qui en résulte, et dans l'altération consécutive du sang?

Pour les praticiens qui n'ont jamais eu l'occasion de faire l'autopsie d'une femme en couches, je comprends que cette hypothèse de la fièvre puerpérale et de trois formes bien tranchées ait pu paraître parfaitement admissible. Mais pour les hommes qui ont été à même d'observer les lésions cadavériques produites par l'état puerpéral, de comparer ces lésions avec les phénomènes constatés pendant la vie, de saisir par conséquent la relation claire et palpable, le lien logique qui unit les unes aux autres, je ne comprends plus cet attachement obstiné à une doctrine vermoulue, qui ne compte plus parmi les hommes vraiment cliniciens que quelques rares adhérents.

J'ai dit que l'hypothèse de la fièvre puerpérale était la négation de toute science diagnostique en matière de puerpéralité. Il ne sera pas difficile de démontrer cette proposition.

Toutes les fois, en effet, qu'une femme en couches, à la suite d'un ou de plusieurs frissons, sera prise d'accidents graves compromettant plus ou moins sérieusement la vie, si vous vous contentez de porter ce diagnostic : fièvre puerpérale, je dis que vous n'aurez rien diagnostiqué du tout ; car cette femme pourra être atteinte de péritonite, de phlébite utérine, avec ou sans infection purulente, d'ovarite, de phlegmon des ligaments larges, de phlébite des veines du bassin, de suppuration pelvienne, de phlébite des membres inférieurs, etc. Or, je le demande, est-il permis de se contenter d'une appellation aussi vague, aussi élastique, aussi insignifiante que celle de fièvre puerpérale pour désigner l'un des états pathologiques si nombreux et à la fois si distincts que je viens d'énumérer ? Eh quoi, lorsque j'ai par devers moi tous les éléments possibles pour

me prononcer sur l'existence d'une péritonite, j'appellerai cela fièvre puerpérale ! Lorsque les phénomènes si caractéristiques de la phlébite utérine avec infection purulente se manifesteront, je me contenterai de répondre à ceux qui m'interrogeront sur la nature de la maladie : fièvre puerpérale ! Lorsque, par l'exploration attentive de l'abdomen, du vagin et du rectum, je serai en mesure de me prononcer sur le début de quelque phlegmon pelvien et de rattacher à cette suppuration commençante les phénomènes généraux observés chez la malade, je m'en tiendrai à ce diagnostic écourté et qui n'est qu'un aveu d'impuissance : fièvre puerpérale ! Lorsque, en un mot, j'aurai précisé le siége anatomique de la maladie, lorsque, par conséquent, il me sera permis d'asseoir mon diagnostic sur une base solide, je n'aurai à mon service pour exprimer ce diagnostic qu'une seule dénomination : fièvre puerpérale ! Une telle simplification des maladies des femmes en couches serait monstrueuse ; elle nous ramènerait à la barbarie scientifique.

Ce ne serait vraiment pas la peine que nos devanciers eussent tant fait pour la science diagnostique, si on nous renfermait dans cette nomenclature toute primitive, comme dans un cercle infranchissable. A quoi bon alors nous donner tant de peine pour établir un diagnostic précis ? A quoi bon tant d'efforts ? A quoi bon l'exploration attentive et scrupuleuse des organes ? Jeunes praticiens pleins de zèle et d'ardeur scientifiques, ne vous évertuez plus à chercher dans les viscères l'explication des phénomènes morbides que peut vous offrir la femme en couches. Un mot a été inventé qui dispense votre intelligence de tout labeur, et ce mot est celui-ci : fièvre puerpérale !

Mais alors, me dira-t-on, vous chargez-vous de mettre un nom sur les différents états pathologiques que peut présenter la femme récemment accouchée ? Je répondrai : oui, dans l'immense majorité des cas. Nous ne sommes plus à l'époque où l'on était impuissant à distinguer la péritonite de la phlébite utérine, celle-ci d'une suppuration pelvienne, etc., et où, par conséquent, l'on était tout aise et tout heureux de posséder un mot comme celui de fièvre puerpérale pour masquer son ignorance. Un clinicien exercé, celui surtout qui fait journellement des affections puerpérales une étude attentive, saura mettre sur chaque cas particulier son étiquette spéciale, et s'il n'a pas par avance pris fait et cause pour la fièvre puerpérale, je mets en fait qu'il n'aura jamais besoin de recourir à cette qualification abusive.

Est-ce à dire pour cela qu'on ne rencontre jamais de sujets chez

lesquels les symptômes soient assez indécis pour qu'on doive s'abstenir de porter un diagnostic précis ? Nous n'allons pas si loin; mais dans ces cas douteux il n'est pas plus permis de dire : fièvre puerpérale, que de prononcer tout autre mot; car je ne suppose pas que, par cette dénomination de fièvre puerpérale, on ait voulu exprimer tous les cas obscurs ou embarrassants que l'on peut rencontrer dans la clinique des femmes en couches. Toutes les fois que l'on s'attachera chez cette catégorie de malades à établir un diagnostic rigoureux, il n'y aura aucune place possible réservée à ce qu'on a appelé la fièvre puerpérale.

Des considérations qui précèdent, la conséquence suivante se déduit d'elle-même, à savoir : que la dénomination de fièvre puerpérale, ne représentant jamais un diagnostic précis, conduit bien moins encore à une indication thérapeutique claire et formelle.

Si, en effet, sous le nom de fièvre puerpérale vous entendez parler tantôt d'une péritonite, tantôt d'une phlébite utérine, tantôt d'un phlegmon pelvien, tantôt d'une infection purulente, n'est-il pas vrai que vous pourrez indistinctement employer les diverses médications qui ont été conseillées pour chacune de ces affections ? Vous n'aurez plus, pour vous guider dans ce chaos de la fièvre puerpérale, que les trois formes indiquées par les auteurs, lesquelles ne correspondent pas, et il s'en faut de beaucoup, à tous les états pathologiques de la puerpéralité; au lieu de combattre une maladie bien réelle, bien déterminée, par des moyens rationnels et appropriés, vous traiterez une maladie fantastique par des médications plus fantastiques encore.

On ne se rend pas un compte assez exact de l'influence funeste que peuvent exercer certains mots sur la pratique de notre art. C'est pour s'être laissé égarer par le mot de fièvre puerpérale qu'une foule de médecins ont imaginé les méthodes thérapeutiques si nombreuses et si illusoires qui ont été proposées contre cette prétendue entité morbide. Si, au lieu de s'évertuer à combattre une pyrexie puerpérale inconnue dans son essence, mal définie dans ses attributs, les praticiens eussent dirigé leurs efforts contre les réalités pathologiques qui se manifestent à la suite de l'accouchement; si l'on eût recherché les meilleurs modes de traitement qu'il convient d'opposer à la péritonite puerpérale soit généralisée, soit circonscrite, à la phlébite utérine puerpérale simple ou compliquée d'infection purulente, à toutes les variétés de suppuration pelvienne qui peuvent survenir chez les femmes en couches, en un mot, à toutes les espèces morbides que le médecin exercé parvient, avec un peu d'habitud

et d'attention, à reconnaître et à préciser sur les sujets placés sous l'influence de la parturition, la thérapeutique applicable à la puerpéralité n'aurait pas subi tant de fluctuations, elle ne serait pas ballottée entre tant de médications diverses et trop souvent contradictoires, elle ne serait pas livrée à tous les hasards de l'inspiration, et le plus habituellement d'une inspiration malheureuse.

Pour asseoir d'une manière solide les bases d'une bonne thérapeutique en matière de puerpéralité, il faut donc tout d'abord fixer le diagnostic des affections susceptibles de se développer à la suite de l'accouchement et ne plus se borner, en présence d'états pathologiques éminemment variés et variables, à prononcer ce mot énigmatique de fièvre puerpérale, lequel ne sert qu'à égarer ceux qui l'emploient.

Dans un article ultérieur, je passerai en revue les affections qui ont été rangées sous la dénomination confuse de fièvre puerpérale, et j'essayerai d'indiquer les modes de traitement applicables à chacune d'elles.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Appareil en gutta-percha pour les fractures des mâchoires et pour leur section et leur resection (¹).

Par M. Morel-Lavallée, chirurgien de l'hôpital Beaujon, président de la Société de chirurgie, etc.

Dans le cas suivant, je crus que la difficulté et la nécessité d'une contention rigoureuse exigeaient l'immobilité de la mâchoire; je n'avais pas, d'ailleurs, de ressort sous la main, je m'en passai.

Fracture de la mâchoire inférieure. — Pseudarthrose avec chevauchement des fragments. — Dents presque toutes tombées ou ébranlées. — Réduction définitive le 41ᵉ jour. — Moule de gutta-percha. — Guérison parfaite. — Mˡˡᵉ L. Dardelle est âgée de treize ans. Le 7 octobre 1855, en se penchant sur le balcon d'une fenêtre du premier étage, elle tomba sur la tête. Outre d'autres blessures secondaires, il se produit une fracture du maxillaire inférieur. M. Monod, de concert avec le médecin de la famille, pose un appareil en gutta-percha, qui ne reste en place que trois jours. Le médecin ordinaire en applique un second, qui est enlevé au bout de trente-sept jours. Le résultat n'est pas satisfaisant; M. Monod décide la malade à entrer à la maison de santé, et veut bien me faire appeler.

La fracture datait de quarante et un jours; elle siégeait du

(¹) Suite, voir la précédente livraison, p. 200.

côté gauche, entre la première et la deuxième petite molaire; elle était oblique de dehors en dedans et d'arrière en avant. Le fragment antérieur, croisant en dehors le fragment postérieur d'un centimètre et demi, avait sensiblement dévié à gauche le menton et la bouche. Cette situation, qui constituait une difformité, était maintenue par un cal fibreux assez lâche pour permettre une mobilité très-marquée.

Depuis la chute, toutes les dents de ce côté de la mâchoire sont restées, les unes vacillantes, les autres ébranlées à un moindre degré. A la mâchoire supérieure, cinq dents ont disparu en avant, luxées ou brisées dans l'accident.

Les difficultés étaient grandes pour la réduction et surtout pour la contention. Il fallait rompre la pseudarthrose; et, au lieu de s'engrener par les inégalités d'une fracture récente, les fragments ne devaient plus se correspondre que par les tronçons du cal fibreux. Il n'y avait plus, ni à l'une ni à l'autre mâchoire, de dents propres à fournir une prise quelque peu solide à la gutta-percha elle-même. Aussi M. Monod s'empressa-t-il de déclarer que si elle réussissait, ce succès serait décisif en faveur de la nouvelle méthode.

J'administrai le chloroforme, tandis que M. Monod se tenait prêt à rompre le cal; bien que notre collègue y mît toute sa force et toute son habileté, le cal ne céda qu'à la seconde tentative.

Je passai une anse de fil de lin très-fort autour des deux dents les moins ébranlées du fragment postérieur; j'enroulai les extrémités sur la partie moyenne d'une spatule; puis, par des tractions dirigées horizontalement en dehors, j'obtins la réduction. Je confie alors la spatule à un aide chargé, en soutenant uniformément les tractions, de maintenir le fragment en place pendant l'application et la solidification du moule. Je pose une longue tranche de gutta-percha ramollie, qui s'étend bien au delà de la fracture, afin de prendre un point de fixité très-loin,— en avant, sur les dents du fragment antérieur; — en arrière, jusque sur la base de l'apophyse coronoïde. Les mâchoires sont alors rapprochées, et les dents se creusent des empreintes sur les deux faces correspondantes de la tranche de gutta-percha. Des injections d'eau frappée la durcissent promptement. L'anse de fil est dégagée par une simple traction sur un de ses chefs et sans déplacer le moule; une fronde est appliquée.

Comme un grand nombre de dents manquaient à la mâchoire supérieure, le moule s'en détachait aisément et se laissait entraîner par la mâchoire inférieure. Aussi la parole et la préhension des aliments étaient-elles faciles, sans dommage pour la contention.

Les dents ébranlées ou vacillantes ne tardèrent pas à se consolider.

Le premier appareil, qui ne causait aucune gêne, resta en place environ trois semaines. Un second, qui fut posé d'après mes indications, fut gardé à peu près le même temps. Le cal avait toute sa résistance, et la mâchoire fut immédiatement rendue à toutes ses fonctions. Elle ne se rapprochait pas complétement de l'autre en avant; du côté sain, les dents postérieures, qui n'avaient pas eu de pression à supporter, étaient devenues un peu plus saillantes, léger inconvénient qui ne devait pas tarder à se corriger.

Effectivement, j'ai revu depuis la petite malade ; il ne reste plus aucune trace de fracture, qu'une inégalité du volume d'une tête d'épingle, imperceptible à l'œil, sur le bord inférieur du maxillaire ; les deux côtés de l'arcade sont entièrement semblables, le menton est symétrique, en un mot, le résultat est parfait.

C'est donc une pseudarthrose guérie en six semaines, dans les conditions les plus défavorables, et avec un appareil très-simple, qui, sans occasionner de gêne sensible, permettait la parole et la préhension des aliments.

La solidité avec laquelle le moule tenait en place, malgré les mouvements de la mâchoire, ce qui, du reste, m'avait déjà frappé antérieurement, me suggéra l'idée de ne plus lui chercher de moyens de fixité en dehors de lui, en dehors de son exacte application. La profonde implantation des dents dans les alvéoles renversées qu'elles s'y creusent ne devait-elle pas suffire? L'expérience, une longue expérience a répondu ; le simple moule a concilié l'immobilité des fragments avec la mobilité de la mâchoire. Je n'accumulerai pas ici les faits, qui sont tous des succès ; quelques-uns ont été publiés.

Je réalisai aussi à la même époque un autre perfectionnement important.

L'anse de fil de lin passée autour des dents de l'extrémité du fragment qui se portait en arrière le maintenait bien pendant l'application du moule, mais la traction offrait d'inévitables oscillations, quelquefois nuisibles à l'exactitude de la coaptation. J'atteignis le même but par un procédé plus simple encore et beaucoup plus sûr : une anse métallique, embrassant de chaque côté la dent ou les dents voisines de la fracture, et assujettissant par la jonction et la torsion de ses chefs, les deux fragments avec une singulière exactitude.

Après avoir suivi les modifications que l'appareil de gutta-percha a successivement reçues de la pratique, nous allons exposer les règles de son application, en mettant toujours, pour les cas difficiles, l'exemple à côté du précepte.

APPLICATION DE L'APPAREIL DE GUTTA-PERCHA.

Cette application se compose de trois temps : la réduction, la contention provisoire, la contention définitive ou la pose du moule.

A. **Réduction.** — La réduction des fractures de la mâchoire inférieure est généralement facile, quelquefois très-difficile, rarement impossible. Je n'ai rencontré d'obstacles sérieux que dans des cas déjà anciens ; l'inflammation des tissus, un commencement de cal

fibreux, retenaient énergiquement les fragments dans une position vicieuse. Les muscles peuvent intervenir ici de deux manières : par excès d'action ou par défaut d'action. La rétraction des élévateurs redresse quelquefois le fragment postérieur jusqu'à la verticale, avec une force telle que le levier peut seul en triompher, encore n'est-ce pas du premier coup. Le défaut d'action, qui n'est alors que le défaut ou l'absence des muscles, se fait sentir dans les fractures multiples où un fragment se trouve constitué par la partie moyenne de l'os ; les muscles élévateurs manquent, et le fragment moyen tombe et pend avec la lèvre au devant du cou ; j'ai vu cette double complication, car c'en est une, chez le même malade [1].

Quelquefois il n'y a pas de déplacement ; le plus souvent il en existe ; mais il est facile à réduire. Dans les cas difficiles, on n'en vient à bout qu'au prix de grands efforts, même répétés plusieurs jours de suite, en maintenant, après chaque tentative, le terrain qu'on a gagné. Enfin, dans les déplacements par rétraction musculaire, les doigts seuls peuvent ne plus suffire, et on est obligé de recourir à un levier du second genre, à une spatule, par exemple, qui prend son point d'appui sur le maxillaire supérieur ; ou à un levier du troisième genre, en pesant de tout son poids sur la spatule tenue horizontalement et appliquée par son extrémité sur le bout antérieur du fragment postérieur.

B. Contention provisoire. — La réduction faite, elle doit être *maintenue momentanément*, en quelque sorte, prolongée pendant les dix minutes qu'exige la solidification de l'appareil.

Il fallait trouver pour cette contention provisoire un artifice qui laissât libre et à découvert l'extrémité des fragments qui allaient recevoir la gutta-percha. Les doigts ne peuvent agir sur les fragments qu'en y prenant la place du moule ; ils en rendraient la pose impossible. Force est donc de renoncer à ces pinces intelligentes que, trop souvent ailleurs, rien ne peut suppléer. Ici, cela ressemble presque à un paradoxe, il y a au moins deux moyens plus commodes et plus sûrs que les doigts. Le déplacement le plus opiniâtre est celui qui se fait d'avant en arrière, selon l'épaisseur. Pour m'en rendre maître, j'ai d'abord jeté une anse de fil de lin très-fort autour de la dent ou des deux dents solides implantées dans l'extrémité du fragment, qui, après la réduction, conserve de la tendance à se reporter en arrière. Les deux bouts de l'anse ramenés au dehors sont réunis et enroulés sur le milieu d'un bâtonnet. Ce

---

[1] Voir l'observation, p. 262.

bâtonnet est confié à un aide chargé, par des tractions, autant que possible uniformes, de retenir et d'immobiliser le fragment. Ce fragment se porte-t-il en même temps en haut, déplacement quelquefois extrêmement rebelle, les tractions exercées sur l'anse du fil, au lieu d'être horizontales, sont obliques en bas, etc., etc.

C'est un moyen qui non-seulement assure la coaptation, mais qui sert souvent encore à compléter la réduction, quand les doigts seuls seraient insuffisants. Malgré la difficulté d'obtenir, même pour un temps très-court, des tractions uniformes, il réussit. Le suivant est néanmoins bien préférable.

Il consiste en une *anse de fil métallique*, jetée autour des mêmes dents, et dont on réunit en avant les extrémités, en les tordant avec une pince. Le fil doit être assez *fin* pour passer entre les dents au niveau de leur collet. C'est la finesse d'une épingle à insectes, ou du fil de lin employé dans la ligature des moyennes artères ; son diamètre se règle d'ailleurs sur la force qu'on a à vaincre, celle avec laquelle les fragments s'écartent l'un de l'autre. Il est *recuit* pour être flexible et ne pas se rompre pendant la torsion ; il est *étiré*, afin de ne pas s'allonger sous la traction des fragments et rendre ainsi la réduction imparfaite. Je me sers du fil de fer, parce qu'on l'a partout sous la main et qu'il résiste mieux à la torsion. La ténacité du fil d'aluminium permettrait de lui donner plus de finesse ; il aurait alors l'avantage de se placer et de se retirer plus facilement ; je l'essayerai.

J'ai dit la grosseur du fil ; sa longueur doit être d'environ 40 centimètres.

Voici comment se pose l'anse : commençons par le cas le plus simple : il n'y a pas de déplacement. Un fi lvégétal peut le plus souvent glisser dans un interstice dentaire, de la couronne vers le collet, parce qu'il s'y aplatit et s'y lamine, en quelque sorte ; encore est-ce quelquefois impossible, tant les dents sont serrées. Un fil métallique ne peut presque jamais s'introduire par son milieu entre la couronne des dents ; mais par le bout, il passe facilement entre leur collet.

On l'engage donc à ce niveau, d'avant en arrière, par l'une de ses extrémités ; on saisit dans la bouche cette extrémité avec une pince [1] et on la fait entrer d'au moins trois à quatre centimètres ; on la courbe pour la faire ressortir entre les deux premières dents de l'autre fragment, toujours avec la pince. Dès qu'en ressortant

[1] Je me sers ordinairement d'une pince à champagne, prenante par le bout et tranchante sur l'un des côtés.

le bout du fil donne prise au dehors, on abandonne la pince, on le saisit de la main droite, qui l'attire, pendant que la gauche pousse la partie suivante de l'anse; on fait ainsi filer le fil jusqu'à ce que son milieu corresponde à la fracture. On enroule sur la main droite le chef droit de l'anse, et le chef gauche sur la main gauche, en appuyant fortement dessus pour les refouler en arrière, et on les tord ensemble au devant de l'arcade dentaire. On resèque avec la pince ou des ciseaux l'excédant des chefs de l'anse, et on achève la torsion avec la pince; on couche contre l'arcade dentaire l'espèce de pédicule qui résulte de la torsion ; dans cette position il ne blesse ni la lèvre ni la gencive, et il n'est pas pris dans le moule de façon à en gêner l'extraction.

Nous avons supposé la fracture sans déplacement; c'est le cas le plus simple, mais c'est le plus rare. Quand il y a un déplacement modéré, ce qui est l'ordinaire, au moment où le chirurgien tire énergiquement sur les chefs de l'anse pour rapprocher le fragment, un aide refait la réduction par la manœuvre préparatoire qui avait d'abord réussi, avec les doigts ou avec l'anse de fil de lin.

Ainsi la contention provisoire consiste en une anse de fil de fer fin, recuit et étiré, passée en dehors de la première dent solide de l'extrémité de chaque fragment, et dont les chefs, réunis en avant, sont tordus sur l'arcade dentaire. En disant les premières dents, il est entendu qu'on prend la fracture pour centre.

Au lieu de compromettre les dents saines comme les autres appareils, le moule consolide celles qui sont ébranlées, vacillantes, luxées, et peut-être même celles qui auraient perdu toutes leurs connexions. Il faut donc bien se garder de les enlever, comme je l'ai vu récemment encore. On les conserve donc toutes en les redressant, si elles sont déviées.

On procède ensuite à l'application du moule.

C. **Application du moule.** — La gutta-percha doit être de bonne qualité; car il y en a de mauvaise, noueuse, filandreuse, sophistiquée. Pour une fracture, il en faut un morceau de feuille de la grandeur de la main et de 1 centimètre 1/2 d'épaisseur. On en coupe une tranche de 1 centimètre 1/2 de large. On la coupe de la manière suivante : on commence au couteau et à la règle; quand la pointe du couteau, en passant plusieurs fois dans le même trait, est arrivée au milieu de l'épaisseur de la feuille, on achève la section à pleine lame. Je fais habituellement et beaucoup plus facilement cette section avec le grand couteau articulé qui sert à tailler le pain dans les hôpitaux, et qu'on appelle dans le commerce *cou-*

teau-levier ; on place le morceau de gutta-percha de champ sous l'instrument, et une pesée sur le manche en détache instantanément une tranche régulière. C'est un procédé plus commode ; mais on n'est pas à même de l'employer partout. Il y a quelque chose de plus simple encore, c'est de prendre des tranches toutes faites chez Charrière, qui en a préparé sur mes indications. Une seule tranche suffit souvent ; il est prudent néanmoins d'en tenir quelques autres en réserve. La tranche est carrée ; elle a 1 centimètre 1/2 sur ses quatre côtés et 8 à 10 de long.

Pour la ramollir, on jette la tranche dans de l'eau à 60 degrés environ, sa densité l'entraîne au fond ; quand son augmentation de volume la ramène à la surface, elle est bien près d'être ramenée à la consistance du mastic de vitrier ; elle l'est même auparavant, si l'eau n'est pas trop chaude. C'est la consistance qui convient ; au-dessous, la gutta-percha ne recevrait plus aussi bien l'empreinte des dents ; elle a, dans son ramollissement, besoin d'une certaine fermeté ; il vaudrait mieux pécher par un excès de dureté que par un excès de mollesse.

On retire la tranche de l'eau : on lui donne la courbure que présente le maxillaire au point où elle doit être appliquée. Si, comme c'est la règle, la fracture siége en avant, on aplatit en coin les deux extrémités du fer à cheval en gutta-percha, afin qu'elles puissent plus aisément s'engager dans l'intervalle cunéiforme que laissent entre elles les arcades dentaires en s'écartant. La fracture porte-t-elle sur une des parties latérales de l'os, on ne donne la figure d'une pointe de coin qu'à l'extrémité postérieure de la tranche.

La tranche, ainsi préparée, on la pose sur l'arcade dentaire, de façon que son milieu corresponde à peu près à la fracture et qu'elle retienne ainsi les deux fragments avec la même solidité. Tandis que, avec les deux pouces, on soutient le menton, avec les autres doigts, les deux index surtout, on presse de haut en bas sur la tranche, — également, régulièrement, jusqu'à ce qu'ils sentent la couronne des dents et n'en soient plus séparés que par une couche mince ; — quelques-unes même montreraient leurs pointes que ce ne serait pas un inconvénient, leurs fonctions y gagneraient sans que l'appareil y perdît.

Le moule appliqué, on lui rend sa consistance première avec des injections d'eau frappée, d'eau de puits, d'eau de source, — la plus fraîche qu'on ait sous la main. Un morceau de glace, placé sur le moule et fixé par le rapprochement des mâchoires, hâte la réfrigération. Les injections doivent être dirigées sur tous les points ac-

cessibles du moule, notamment en bas, derrière la lèvre inférieure, point qu'on serait exposé à négliger parce qu'il est masqué.

Il importe que, pendant ces manœuvres, la langue reste immobile et ne vienne pas déplacer ou déformer le moule ; c'est dans ce but que le blessé, au lieu de rejeter l'eau, la laisse s'écouler de la bouche dans un bassin, en tenant la tête penchée.

En quelques minutes, la gutta-percha a repris toute sa solidité ; cependant, pour plus de sécurité, comme pour abréger les injections, je prescris au malade de garder encore une demi-heure un morceau de glace sur le moule, ou, à défaut de glace, de l'eau froide.

Evidement de l'appareil. — Le moule, revenu à sa dureté, on l'enlève pour lui donner la dernière main. Avant de l'enlever, je fais avec le bistouri une petite coche ou un simple trait sur son bord supérieur, en face de l'interstice de deux dents de l'autre mâchoire, des incisives médianes quand elles existent ; c'est un point de repère qu'on renouvelle pendant l'évidement et qui facilite le replacement de l'appareil.

A l'aide d'un couteau étroit, court et bien affilé, on le débarrasse de ses inégalités, et, tout en lui laissant une force suffisante, on le réduit à un volume qui lui permet de se dissimuler complétement derrière la lèvre. Il doit affleurer, sans l'atteindre, le feston des gencives. J'ai cependant omis plus d'une fois cette précaution sans avoir à le regretter ; mais c'est un mauvais exemple.

Après avoir fait ainsi disparaître les angles et les aspérités du moule et l'avoir pour ainsi dire poli, on le replace pour l'essayer. S'il blesse dans quelque point, on le retouche jusqu'à ce qu'il ne produise plus aucune gêne, — qu'on me passe le mot, jusqu'à ce qu'il aille bien (fig. 2).



Fig. 2.

Alors, avec la pince incisive ou des ciseaux, on coupe l'anse de fil de fer et on la retire.

Ensuite, si les fragments s'écartent, on les réduit de nouveau et, en se guidant sur le point de repère dont nous avons parlé, on replace définitivement le moule, toujours facilement. Un certain bruit d'emboîtement et la fixité du moule indiquent qu'il a repris sa position ; le malade le sent, d'ailleurs, parfaitement. Le retrait de la gutta-percha par le refroidissement a resserré sur les dents

les alvéoles renversées qu'elles s'y sont creusées. Aussi est-il nécessaire de presser dessus pour le rendre complétement adhérent, et tient-il si bien qu'il semble ne faire qu'un avec la mâchoire ; il faut un léger effort pour l'ôter et pour le remettre. Il ne se dérange jamais, à moins que toutes les dents ne soient usées ou tombées.

Au bout d'une quinzaine de jours, on l'enlève pour le nettoyer et pour visiter la fracture. On le remet en place et on l'y laisse un mois ou six semaines, époque à laquelle la guérison est complète.

Lorsque les fragments commencent à s'immobiliser, on peut, s'il en est besoin, nettoyer le moule plus souvent ; et même ce sont les malades qui se chargent de ce soin.

Jamais, dans aucune fracture, l'application d'un appareil ne procure un pareil soulagement. Aussitôt la douleur est presque supprimée, la parole et la mastication recouvrées. La parole recouvrée, c'est là un avantage dont on ne saurait se faire une idée, si l'on n'a pas vu le bien-être et la joie que le malade en éprouve ; dans les cas gravement compliqués, ce ne pourrait être indifférent au résultat final. Mais il y a bien une autre importance encore dans la facilité de l'alimentation, dans le retour immédiat au régime de la viande et des autres substances solides, le plus souvent dès le premier jour et presque comme en pleine santé. Comparez cela aux autres méthodes, qui ne permettent toutes que l'usage du bouillon. Je ne parle pas ici de l'inappréciable supériorité du moule sous le rapport de l'exactitude de la réunion et de l'absence de tout accident.

Rien n'est plus simple que l'application de la gutta-percha dans les fractures ordinaires ; mais quelques difficultés peuvent se présenter.

Si le déplacement rebelle de l'un des fragments en arrière ou en haut, ou dans ces deux directions à la fois, ne cédait pas aux doigts du chirurgien, une anse de fil robuste serait passée autour de la dent ou des deux dents les plus solides de l'extrémité de ce fragment ; les deux chefs de l'anse qu'on aura, par un mouvement de scie, engagés dans les interstices des dents, de la couronne vers le collet, seraient ramenés en avant et enroulés sur un bâtonnet. Cette sorte de lacs serait confiée à un aide, qui, par des tractions en sens convenable, concourrait puissamment à la réduction. Je n'ai point encore eu besoin de cet auxiliaire.

Voilà pour la réduction ; il est rare que la contention offre des obstacles plus sérieux. Cependant il s'en rencontre : il se peut que l'anse métallique, qui embrasse comme un anneau les dents de l'extrémité de chaque fragment, ne suffise pas à maintenir dans leur

position normale les dents ébranlées et déviées. Cette anse, surtout si elle est longue et si elle correspond au maximum de la courbure de l'os, représente un arc dont la moitié postérieure serait la corde ; cette corde, qui est droite, est tendue derrière la concavité de l'arcade dentaire ; la courbe qui est en avant refoule en arrière, en se redressant par la torsion, les dents ébranlées, que rien ne soutient en ce sens. On vient à bout de cette difficulté en enlaçant comme dans un treillis les deux ou trois dents qui confinent de chaque côté de la fracture ; les extrémités du fil de fer sont toujours ramenées en avant et tordues ensemble, ainsi que pour l'anse ordinaire, préalablement placée.

Cet artifice, auquel je n'ai encore eu besoin de recourir qu'une fois, m'a très-bien réussi.

Fracture du raphé du maxillaire inférieur ; déplacement en haut opiniâtre. — Toutes les incisives vacillantes. — Second fil de fer en treillis pour maintenir les dents ébranlées. — Guérison. — Le 25 décembre 1858 est entré dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-François, n° 30, Eugène Rapineau, âgé de vingt ans, homme de peine à la gare de Lyon, demeurant rue de Bercy, 116.

La veille, pendant qu'il était penché pour un saignement de nez, il avait eu la tête prise latéralement entre un tampon et un waggon poussé à bras. Au moment même de l'accident, il ressentit au menton un craquement et une douleur si vive, qu'il crut toutes ses dents brisées.

Une fracture verticale, passant entre les deux incisives médianes, partageait le maxillaire en deux parties égales. Le fragment gauche croisait le fragment droit en arrière de la largeur d'une canine, et s'élevait au-dessus de lui à peu près de la même étendue. Toutes les incisives étaient fort ébranlées, surtout celles qui avoisinaient la fracture. Bien qu'il n'y eût pas de plaie aux parties molles extérieures de la région, le gonflement dont elles étaient le siége ont empêché, les premiers jours, l'application d'un appareil.

Le 29, je procédai à la pose du moule.

La réduction du fragment gauche en arrière se fit aisément avec l'anse métallique passée en dehors des deux canines ; mais le déplacement en haut était si opiniâtre, qu'il ne céda pas à ce moyen, et il fallut songer à l'emploi du ressort.

Il restait encore une difficulté, c'était la déviation des dents vacillantes, que l'anse métallique ne corrigeait pas. Un fil de fer très-fin, passé en treillis entre les dents déviées, à la hauteur du milieu de la couronne, et dont les bouts furent ramenés et tordus en avant, comme ceux de l'anse métallique déjà placée, rétablit la régularité de l'arcade dentaire.

Le moule fut ensuite appliqué, refroidi, enlevé, évidé. Les deux anses métalliques furent alors retirées et le moule réappliqué.

Pour combattre le déplacement en haut, j'essayai de placer le ressort; mais son imperfection m'obligea à y renoncer. Je fus réduit à rapprocher les mâchoires et à les maintenir avec une fronde de tissu élastique.

La salivation, qui existait avant l'application de l'appareil, a été, les dix premiers jours, assez abondante pour remplir le crachoir deux ou trois fois en vingt-quatre heures; elle a cessé d'elle-même.

L'alimentation a consisté en bouillons et en potages jusqu'au quinzième jour. A cette époque, malgré la faiblesse du cal, je supprimai la fronde et je rendis la liberté à la mâchoire; immédiatement le malade a repris le régime de la pleine santé.

Le 24 janvier, un mois après l'accident, il faut y regarder de près pour retrouver la trace de la fracture, dans une élévation à peine sensible du fragment gauche. Il reste, d'ailleurs, une certaine mobilité, qui montre que la consolidation n'est pas encore achevée. Toutes les dents ont repris leur état normal.

Le malade, appelé au dehors pour ses affaires, sort avec son moule, qu'il doit garder quinze jours encore.

Il revient à la consultation vers le milieu de février : il n'y a plus aucun vestige de la fracture.

Les déplacements suivant la longueur et l'épaisseur, quelles qu'en soient l'étendue et l'énergie, ne sont qu'un jeu pour le moule ; la réduction faite, une anse métallique la maintient provisoirement, et la gutta-percha l'assure définitivement avec autant de facilité que d'exactitude. L'effort des fragments, pour retourner à leur position vicieuse, est transmis aux dents et se passe tout entier dans les alvéoles du moule, perpendiculairement à leur paroi ; les alvéoles résistent, et cet effort des fragments pour s'écarter, loin de nuire à la fixité de l'appareil, y ajoute au contraire par la pression des dents sur les alvéoles qu'elles s'y sont creusées.

Il en est tout autrement dans le déplacement en haut. L'effort du déplacement se fait verticalement sur le fond des alvéoles du moule. Le fragment qui s'élève tend à entraîner le moule avec lui et à en dégager l'autre fragment.

Si le déplacement est opiniâtre, il faut, surtout si les dents manquent ou ne sont pas favorablement conformées, c'est-à-dire avec de longues et larges couronnes, avec des interstices bien marqués, il faut chercher ailleurs que dans le moule lui-même le moyen de l'assujettir.

Le plus simple, assurément, c'est d'appliquer la mâchoire inférieure, garnie de son moule, contre la supérieure et de l'y maintenir avec une fronde ; mais c'est sacrifier quinze à vingt jours la liberté de la mâchoire, car la tendance au déplacement n'a pas disparu

avant cette époque, et l'on ne saurait auparavant rendre à la mâchoire sa mobilité. Pendant tout ce temps, le malade reste privé de la parole, et les aliments, forcément liquides, c'est-à-dire insuffisants, ne peuvent être administrés que par une brèche accidentelle de l'arcade dentaire, ou par un intervalle ménagé entre deux sections du moule, posé alors en deux parties [1], ou enfin par l'écartement répété des mâchoires, ce qui compromet la consolidation ou au moins sa régularité. Ce moyen, malgré ses imperfections, aura pourtant la chance d'être le plus souvent employé, en raison de sa facilité. Heureusement qu'il réussit [2].

Il y a encore deux moyens qui ont, sur le précédent, l'avantage de rendre d'emblée à la mâchoire sa mobilité et ses fonctions. Ce ne sont encore que des additions au moule, qui, en réalité, forme toujours l'appareil. L'un de ces moyens auxiliaires est un ressort recourbé C, qui presse par son bout supérieur AA sur le moule, et prend par son bout inférieur B un point d'appui sur le menton (fig. 3). C'est une mince lame d'acier, dont l'extrémité buccale, élargie en croissant, est munie en dessous de deux petites pointes d'à peu près 1 millimètre de long, et dont l'extrémité externe est garnie d'une pelote concave destinée à recevoir le menton; la partie moyenne du ressort suit sans y toucher les contours de la lèvre inférieure : pour adapter au moule l'extrémité buccale du ressort, on la plonge dans l'eau bouillante ou on en approche un charbon ardent ; ainsi chauffées, les petites pointes du croissant terminal entrent d'elles-mêmes dans la gutta-percha en la ramollissant. Il importe que le croissant et la partie correspondante du moule soient bien essuyés, de façon que ni cendre ni humidité n'empêchent le métal de contracter des adhérences avec la gutta-percha,—adhérences utiles, mais indispensables, non, car le ressort tient par la seule implantation de ses pointes. Ces adhérences seraient, d'ailleurs, plus faciles et plus solides, si le dessous du croissant portait des aspérités râpeuses comme les mors des tenettes lithotomiques. Viennent-elles à se

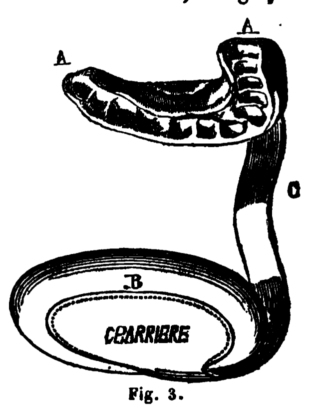


Fig. 3.

(1) Voir observation, p. 205, livraison du 15 septembre.

(2) Voir observations, p. 248 et 257.

rompre, on les rétablit en touchant sur place le croissant avec un cautère modérément chauffé.

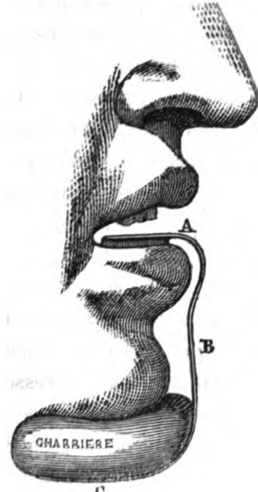


Fig. 4.

Nous le répétons, toutes ces précautions seront rarement nécessaires,— si elles doivent l'être quelquefois, ce que je n'ai pas vu encore, bien que dans plus d'un cas j'aie eu recours au ressort. Le ressort est un bon auxiliaire, qu'on pourra avoir partout à sa disposition (fig. 4). Dans cette figure, la tige B a été représentée éloignée de la courbe du menton, afin de mieux faire ressortir la disposition de l'appareil; le moule doit rester entièrement dissimulé dans la bouche.

Je pense à un troisième moyen, qui me semble bien supérieur; je ne tarderai sans doute pas à le mettre à l'épreuve; le voici : il consiste à laisser l'anse métallique en place pendant une ou deux semaines, jusqu'à ce que le déplacement en haut soit corrigé ; c'est tout simplement prolonger la contention provisoire. La ligature des dents, telle qu'elle se pratiquait, était suivie d'accidents graves ; l'expérience m'a appris que le danger venait, non pas de la pression du fil sur les dents, mais de son contact avec les gencives ; je le démontrerai par des exemples: D'un autre côté, une anse métallique bien serrée s'oppose à la reproduction du déplacement. Il n'y a donc plus qu'à tenir l'anse éloignée de la gencive. C'est facile ; il suffit de la faire glisser du collet des dents sur leur couronne ; elle se fixe ainsi par sa tension qui augmente et parce qu'elle est plus étroitement pincée dans les interstices dentaires, qui vont en diminuant. Le moule la surprend et la maintient dans cette position.

Si l'on craignait que, pendant la pose du moule, l'anse ne redescendît, on l'en empêcherait avec une petite bandelette de gutta-percha jetée à cheval sur la couronne des dents et refoulée, repliée par ses extrémités sur l'anse métallique. Cette bandelette refroidie, on appliquerait le moule, qui l'engloberait.

Si la fixation de l'anse métallique à ce niveau réussit, et j'en ai la confiance, ce sera, pour se rendre maître du déplacement en haut, le moyen le plus commode et le plus efficace, le meilleur de tous, à moins que les dents ne manquent ; le ressort viendrait après, et le rapprochement des mâchoires avec la fronde en dernière ligne.

Il se rencontre des difficultés bien autrement sérieuses. Lorsque, dans une fracture multiple, le fragment moyen, dépourvu de muscles élévateurs, retombe, entraîné par la violence extérieure, par son poids et par les muscles abaisseurs, il est exposé à échapper au moule.

S'il est bien garni de dents, et s'il s'engrène par ses deux bouts avec les fragments latéraux, il pourra être maintenu par le procédé ordinaire, par le simple moule. Dans le cas où les dents, soit par leur conformation, soit par leur disposition, se dégageraient de la gutta-percha, on prolongerait la contention provisoire, en laissant pendant un temps suffisant l'anse métallique en place, à distance de la gencive.

Mais, si le fragment moyen est édenté à l'une ou à l'autre de ses extrémités, la gutta-percha n'a plus de prise sur lui. Que faire? comment l'empêcher de se porter en bas? Le problème paraît insoluble par tous les moyens ordinaires. Je me suis trouvé en face d'une de ces difficultés redoutables : le fragment médian était abaissé et flottant; et pas de dent à l'extrémité correspondante du fragment droit. Ne pouvant passer une anse métallique entre les dents absentes, je l'ai fait passer à travers l'os; la même opération fut répétée plus tard à l'extrémité gauche du fragment moyen; c'était pratiquer pour la première fois la demi-suture des fragments du maxillaire. Cette tentative, un peu hardie, a parfaitement réussi. En outre, l'autre fragment latéral, qui n'avait conservé qu'une seule dent, — encore était-elle bien éloignée de la fracture, — était fixé dans la verticale par la force de tous les élévateurs rétractés. Il fallut un levier et d'énergiques efforts pour le ramener à l'horizontale. C'était chez un blessé auquel j'ai fait allusion plus haut; j'avais été appelé près de lui par M. Prestat, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Pontoise, qui a présenté le malade à la Société de chirurgie. J'ai été très-bien secondé par mon habile collègue, à qui revient une bonne part de ce remarquable succès. J'ai depuis revu le malade et n'ai plus retrouvé aucune trace de la fracture.

La peau du menton offrait un phénomène curieux, une grande sensibilité au froid, due sans doute à la lésion du nerf dentaire dans l'accident.

Si le fragment moyen était dégarni de dents à l'une de ses extrémités, ainsi que le fragment latéral correspondant, on ferait une suture complète de l'os. Si, par une cause analogue, on ne pouvait maintenir le fragment moyen à aucune de ses extrémités, par l'anse métallique, on pratiquerait une double suture de l'os.

On a soin de le percer au-dessous du canal dentaire, pour éviter le nerf.

Voici l'observation que je viens de citer; elle est rédigée sur celle qu'a bien voulu me remettre M. Prestat, et à l'aide de mes propres notes :

Fracture double de la mâchoire inférieure. — Abaissement énorme du fragment moyen, élévation des fragments latéraux; absence des dents, etc. — Demi-suture des fragments. — Guérison parfaite. — Le 1er août 1860, Gauthier, un robuste cultivateur, âgé de cinquante-quatre ans, de Cergy, près Pontoise, s'endormit sur un des chevaux de la lourde voiture qu'il conduisait. Il tomba, et une des roues lui passa sur la tête et sur le côté gauche de la poitrine. Il fut relevé avec une hémorrhagie par la bouche, une fracture de la sixième côte gauche, une contusion considérable du thorax, une luxation susacromiale de la clavicule gauche, et une fracture de la voûte acromiale, et des désordres tellement graves à la tête qu'ils dominaient la situation.

Tout le côté gauche de la face était le siége d'un gonflement monstrueux, et couvert d'une vaste ecchymose. L'oreille droite était fortement contuse, et la partie antérieure de l'apophyse zygomatique, ainsi que l'arcade sourcilière, fracturées; enfin, il y avait une fracture double et extrêmement grave de la mâchoire inférieure. L'aspect du blessé eût été hideux s'il n'eût pas été si intéressant.

La perte déjà ancienne de presque toutes les dents empêche de préciser le siége du double trait de la fracture. Tout ce qu'on peut dire, c'est que la partie moyenne du fer à cheval est détachée de ses prolongements, assez loin, surtout à droite. De ce côté, la fracture était oblique d'avant en arrière et de haut en bas; à gauche, elle était verticale. Le fragment antérieur avait été violemment porté en bas par la violence extérieure et y était retenu par son poids et par les abaisseurs; les fragments latéraux, cédant aux élévateurs, actuellement sans antagonistes, montrent déjà de la tendance à se déplacer en haut. La peau de la lèvre inférieure a perdu de sa sensibilité; les muscles ont conservé leur contractilité.

On venait à bout de la réduction, mais la contention était impossible avec les moyens dont disposait le chirurgien; le fragment moyen lui échappait toujours, entraîné en bas et en arrière; on dut se borner à le soutenir, très-incomplétement, avec une fronde.

Le 4, au soir, il se développe un ensemble de symptômes qui ont mis plusieurs jours le malade en danger : la langue se gonfle, et suivie par le fragment médian, que rien ne peut retenir, elle se porte en arrière et en haut, rend l'asphyxie imminente et la déglutition presque impossible : fièvre, agitation, délire. Ces accidents furent combattus avec énergie et avec succès par des saignées et des purgatifs.

Le 6, un érysipèle phlegmoneux se déclare à la face, s'ouvre, les jours suivants, près de l'oreille droite et suppure abondamment; mais le malade peut prendre un peu de tisane.

Appelé le 11 août par M. Prestat, une seule chose me frappa :

l'absence de dents capables de fournir une prise à l'anse métallique et au moule de gutta-percha, surtout à l'anse. L'état flottant du fragment moyen, le redressement vertical du fragment latéral gauche, par les élévateurs fortement rétractés, les autres lésions si nombreuses des os et des parties molles, ne m'arrêtèrent point. Une pression prolongée et répétée finirait par ramener les fragments latéraux à leur direction normale; mais point de dent sur le fragment droit, et rien que des dents usées sur l'extrémité gauche du fragment moyen, et sur le fragment gauche, une seule molaire très-éloignée! Le gonflement ne permettait d'ailleurs pas ce jour-là de tentative sérieuse; j'essayai cependant, mais sans succès.

Les jours suivants, pendant que la tuméfaction diminuait, M. Prestat, par des efforts répétés, abaissait de plus en plus le fragment gauche, en en conservant avec un coin le terrain gagné.

Le 18 août, avec l'aide de M. Prestat, je plaçai l'appareil :

1° A gauche, durant que M. Prestat pesait, de toute sa force, avec un levier sur la quatrième molaire qui occupait solitairement le milieu du fragment postérieur du côté gauche, j'enroulai solidement cette molaire dans une anse de fil de fer, dont je vins fixer les deux bouts autour du collet de la canine et de la première petite molaire restées sur l'extrémité du fragment moyen.

2° Le fragment droit manquait de dents; avec une petite vrille, je perçai un trou au-dessous du canal dentaire, dans l'extrémité du fragment dénudé par l'accident; dans ce trou, je passai un fil de fer, j'enroulai les deux bouts, l'un en avant, l'autre en arrière, sur les deux dents du fragment moyen les plus voisines de son extrémité, et je les arrêtai par la torsion.

A droite, la coaptation était exacte; elle l'était moins à gauche, en raison de la portée de l'anse métallique, tendue sur l'intervalle de deux molaires absentes.

3° Afin de donner plus de prise au moule, je laissai l'anse en place et je le posai par-dessus.

L'amélioration fut immédiate; la déglutition et la parole étaient devenues plus faciles.

Vers le 25, un abcès se forme dans la joue droite et est ouvert. Puis un nouvel érysipèle se montre sur le front et la joue gauche; diarrhée, agitation, subdélirium, accidents qui ne tardèrent cependant pas à se dissiper.

Le 27, l'appareil se soulève, et la fracture du côté gauche lui a manifestement échappé. C'est, en effet, ce que constate M. Prestat; le fil de fer avait glissé sur les dents presque usées du fragment moyen. Ce chirurgien perce alors l'extrémité de ce fragment et pratique de ce côté une demi-suture, comme je l'avais fait à la fracture droite. L'anse passée dans ce fragment, il en assujettit solidement les deux bouts sur l'unique dent du fragment postérieur, et il plaça un nouveau moule.

Les choses reprirent leur marche favorable; des potages épais, des œufs, etc., sont prescrits, et les forces reviennent.

Le 15 septembre, le fil de fer avait coupé, à la fracture du côté gauche, le bord supérieur du maxillaire. Un commencement de cal

permet de ne pas remplacer l'anse métallique ; un troisième moule et une fronde suffisent.

Le 12 octobre, bien que la mobilité du fragment moyen fût encore sensible, l'état des gencives, saignantes et gonflées, nous porta à essayer de supprimer le moule ou au moins d'en suspendre l'usage ; mais, quatre jours après, sur les vives instances du malade, à qui il rendait l'alimentation et la parole plus faciles, il fut rétabli, c'est-à-dire qu'un autre, le dernier, fut posé.

Jusque-là on avait, avec des injections, nettoyé la bouche du pus qu'y versaient plusieurs fistules venant du foyer des fractures ; depuis ce moment, le malade se chargea de ce soin, ôtant et replaçant lui-même son appareil matin et soir.

Plusieurs esquilles nécrosiques furent, dans la suite, extraites de ces fistules. Quelques dents ébranlées par ces nécroses furent enlevées. La grosse molaire du fragment gauche, cette dent qui nous avait été si utile, dut être enlevée, parce que sa rencontre avec l'arcade supérieure, contre laquelle elle frappait seule, empêchait ce côté de la mâchoire inférieure de se rapprocher efficacement de l'autre.

Le 31 janvier suivant, les fistules étaient fermées et les fractures consolidées.

Gauthier est venu depuis me revoir, et, ce que je n'aurais jamais cru, je n'ai retrouvé aucun vestige des fractures de la mâchoire. La peau du menton est encore un peu sensible au froid, c'est là tout ce qui reste d'une fracture qui a mis la vie en si grand péril.

Je terminerai cette observation par quelques mots de M. Prestat :

« Ce cas est remarquable par son extrême gravité, par la difficulté de la coaptation et par les moyens avec lesquels on est parvenu à la maintenir. »

(La fin à un prochain numéro.)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Du beurre comme réactif du cuivre et de ses composés.

Note adressée au Congrès pharmaceutique de la Vienne par M. E. Lancelot, pharmacien à Châtillon (Indre).

Je saisis l'occasion que m'offre le Concours scientifique de la Vienne pour communiquer à mes confrères un fait nouveau, je crois, pour la science, et d'un haut intérêt pour l'hygiène et la toxicologie.

Il y a quelque temps un habitant de notre ville fit établir dans sa cour une pompe en cuivre. Cette pompe n'est point étamée, cette précaution étant généralement jugée superflue.

L'eau qu'elle fournissait aux besoins du ménage n'avait jamais laissé supposer la présence d'un corps malfaisant, lorsqu'un jour la maîtresse de la maison fit observer à son mari qu'un morceau de

beurre, qu'elle avait laissé plusieurs jours dans l'eau provenant de cette pompe, et cinq ou six fois renouvelée, y était devenu vert dans toute la surface baignée.

Le propriétaire voulut s'assurer de la cause de ce fait. Il divisa une livre de beurre en trois parties égales, et les mit isolément dans trois plats contenant, l'un de l'eau d'une pompe en bois établie dans son jardin, à peu de distance de celle en cuivre, l'autre de l'eau puisée dans le puits même où plonge la pompe en cuivre, mais en dehors du tuyau, et le troisième de l'eau recueillie par le tuyau comme à l'ordinaire.

Le beurre déposé dans cette dernière eau se recouvrit seul, au bout de deux jours, d'une couleur verte bleuâtre, présentant l'aspect de l'hydrate de deutoxyde de cuivre. Ce morceau de beurre ainsi coloré me fut remis par le propriétaire, qui m'engagea à constater avec soin, par des expériences chimiques, la nature de cette coloration.

Le soluté d'acide hydrosulfurique produisit immédiatement sur ce beurre une tache noirâtre, sale, et l'hydrocyanate de potasse ferruré une tache cramoisie. Cette tache se fonça peu à peu. A ces caractères, il n'était pas possible de nier la présence du cuivre.

Voulant expérimenter l'eau même qui communiquait cette couleur au beurre, et déterminer les proportions de cuivre qu'elle pouvait contenir, je priai le propriétaire de m'en envoyer une certaine quantité; surtout de celle qui serait puisée la première le matin.

Il m'en envoya quatorze litres. Un litre de cette eau fut essayé par les réactifs ci-dessus mentionnés et autres indiqués dans les auteurs : nul résultat.

Les treize litres restant furent évaporés et réduits à un verre. Ce résidu filtré, j'essayai la liqueur limpide : nul résultat; je fis tomber sur le filtre, recouvert d'un dépôt calcaire, quelques gouttes de réactif: nul résultat encore. Enfin, je fis dissoudre ce dépôt dans l'acide nitrique, je neutralisai la solution, et mes essais furent tout aussi infructueux.

Quelles conclusions tirer de ce fait? Sinon, que le beurre peut fixer et révéler des molécules de cuivre si minimes, qu'elles échappaient aux réactifs les plus sensibles connus jusqu'à ce jour. Je ferai observer que l'oxydation du métal avait lieu hors du contact de l'air extérieur, le tuyau de la pompe restant constamment plein d'eau. Aucune des personnes qui font usage de l'eau de cette pompe n'a ressenti le moindre accident. Cependant cette expérience me conduit à cette conclusion : que, dans certaines circonstances, comme l'opération du lavage du beurre, par exemple, l'eau des pompes en cuivre

peut devenir nuisible et que les tuyaux doivent toujours être étamés.

On sait depuis longtemps que les acides contenus dans les corps gras agissent promptement sur le cuivre ; mais cette expérience m'a démontré : que le beurre est peut-être le réactif le plus puissant pour accuser la présence de ce métal ou de ses sels dans un liquide ; et que si le fer a la propriété de réduire les sels de cuivre contenus dans une dissolution très-étendue, le beurre a, lui, la propriété de former un sel de cuivre (peut-être un butyrate) qui dénote la présence de ce métal, lors même que les réactifs les plus usités n'en accusent pas l'existence.

Je laisse aux maîtres de la science le soin de compléter ces expériences, qui ne sont pas sans intérêt pour la toxicologie.

Emploi des sels d'étain comme succédanés du sous-nitrate de bismuth dans le traitement de la blennorrhagie.

L'élévation de prix qu'a atteint dans ces derniers temps le sous-nitrate de bismuth a suscité à quelques savants l'idée de lui donner un succédané d'un prix inférieur. MM. Boutmy et Barachon, chimistes, M. Paul Blondeau, pharmacien, et M. le docteur Calvo, après avoir essayé de concert plusieurs substances minérales, ont arrêté leur choix sur les sels d'étain. Jusqu'à présent l'étain, comme on le sait, n'a reçu en médecine qu'une application restreinte ; on ne s'en est guère servi que comme vermifuge, à l'état de limaille, sous la forme d'électuaire, ou à l'état de combinaison avec l'antimoine, dans certaines préparations pharmaceutiques.

Pensant que cela tenait sans doute à ce que les propriétés des combinaisons de ce métal étaient peu connues, MM. Boutmy, Barachon et Blondeau ont préparé la plupart de ces composés ; puis ils les ont étudiés au point de vue chimique et M. Calvo au point de vue médical. D'après une note insérée dans l'*Union médicale*, les essais que ce dernier a entrepris dans son dispensaire sur l'oxychlorure, le phosphate et le tannate d'étain dans le traitement de la blennorrhagie, au début de la période de déclin, et dans la blennorrhée, ont donné jusqu'à ce jour de très-bons résultats.

L'oxychlorure d'étain, qui a été plus spécialement expérimenté, a paru avoir l'avantage de ne pas *s'acidifier*, comme les solutions de sous-nitrate de bismuth trop longtemps conservées, et il n'a pas l'inconvénient de rendre les injections irritantes, ainsi qu'on l'a observé avec le sel de bismuth mal lavé.

Voici les trois formules que M. Calvo soumet à l'appréciation de ses confrères :

1° Eau distillée de roses.................... 100 grammes.
Oxychlorure d'étain.................... 8 grammes.
Mêlez.

2° Eau distillée de roses.................... 100 grammes.
Phosphate d'étain.................... 6 grammes.
Mêlez.

3° Eau distillée de roses.................... 100 grammes.
Tannate d'étain.................... 2 grammes.
Mêlez.

Faire trois injections dans la journée.

Un mot sur le baume de Tolu du Brésil.

Le commerce de la droguerie fait venir actuellement du Brésil le baume de Tolu qu'on emploie en médecine ; celui qu'il tenait de Carthagène, en Amérique, ou de Tolu, ne suffisant pas à ses besoins.

Le baume de Tolu, de Carthagène, a une couleur roux fauve ou jaune rougeâtre, d'une transparence uniforme qui n'est pas complète, d'une apparence grenue ou cristalline ; il acquiert avec le temps une solidité entière, très-friable lorsqu'il fait froid, ou ductile sous la dent lorsqu'il fait chaud.

Le baume de Tolu du Brésil est aussi aromatique que celui de Carthagène ; sa consistance est semi-liquide, d'une apparence de térébenthine tenace et glutineuse ; sa couleur est celle du baume de copahu ; il fond également sur le feu, en répandant une abondante fumée aromatique très-agréable ; il est soluble dans l'alcool et les éthers ; il cède à l'eau, à la chaleur du bain-marie, beaucoup d'acide cinnamique.

Les pharmaciens, ayant l'habitude de n'employer que du baume de Tolu à consistance solide, refusent d'accepter celui qui vient du Brésil. Il en résulte que, pour satisfaire leurs désirs, les droguistes le soumettent à la chaleur de l'étuve pour l'amener à un état concret, ce qui lui fait perdre une grande partie de son principe aromatique.

Nous engageons donc nos collègues à ne pas dédaigner le baume de Tolu du Brésil, à l'accepter avec la consistance semi-fluide, car l'examen chimique nous a démontré qu'il jouit des mêmes propriétés que le baume de Tolu solide, qui nous est envoyé de Carthagène.

Stanislas Martin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE

Coup d'œil rétrospectif sur nos premiers essais des instillations d'éther dans la surdité suite d'otorrhée.

Lorsque la presse annonce une nouveauté thérapeutique, elle reçoit immédiatement du public médical un accueil empressé ; les expériences se multiplient, les faits abondent, chacun travaille avec ardeur, jaloux d'ajouter à la nouveauté de la chose le résultat de nouvelles expériences. Cet empressement est louable. Mais, hélas ! et trop souvent par malheur, en médecine, comme dans le reste, la corde de l'opinion publique ne reste pas longtemps tendue ; l'enthousiasme des expérimentateurs baisse, tombe même, en faisant table rase de bonnes et nombreuses observations, et le moyen tant vanté par tous les échos du journalisme, après une vogue de plus ou moins de durée, va où sont allés tant d'autres... dans l'oubli. Pourquoi cela ? pourquoi cette masse de faits n'a-t-elle pas suffi pour assurer l'utile enseignement qui devait en découler ? Parce que l'expérience a été mal faite et trop précipitée ; parce qu'elle n'a été qu'une ébauche grossière basée sur l'empirisme vulgaire, plutôt que sur l'empirisme hippocratique dans son acception primitive.

Il faut bien le reconnaître, l'étude d'un nouvel agent thérapeutique ne peut être faite en un jour ; il lui faut l'expérience du temps, qui, après avoir repris et suivi dans un laps suffisant chacune des observations, juge et décide de leur valeur. Sans cela nous n'avons que des expériences incomplètes, qui ne nous conduisent qu'à une demi-connaissance, quand ce n'est pas à la déception.

C'est ce qui est arrivé pour le moyen découvert par Mlle Cleret pour le traitement de la surdité. Ce moyen était aussi simple que nouveau, et l'éther fut de mode pendant un temps : public et médecins, chacun en usa largement, on l'employa dans toute espèce de surdité et à toutes doses, sans considérer ni le cas, ni la susceptibilité des malades (elle est très-grande chez quelques-uns), et chacun de conclure après ses premières expériences, celui-ci : que l'éther ne convient que dans la surdité nerveuse ; celui-là, dans la surdité rhumatismale ; un autre, qu'il est toujours un moyen désastreux par les otites et les désordres graves qu'il détermine ; un dernier, qu'il est, sinon nuisible, du moins inutile dans la surdité suite d'otorrhée.

Il y a un peu de vrai, je l'avoue, dans chacune de ces conclusions ; mais les malades n'ayant pas été suivis pendant assez long-

temps, les observations sont incomplètes, et les conclusions par là même vicieuses.

J'ai été un des premiers, je crois, à publier le résultat de mes expériences (voir *Bulletin de Thérapeutique*, t. LVIII, p. 419); elles avaient été, comme celles des autres, un peu précipitées, je l'avoue. Mais j'avais choisi des malades de ma localité, et depuis deux ans je ne les ai jamais perdus de vue, leur donnant des soins quand je les croyais nécessaires; chez les deux premiers malades qui ont fait l'objet principal de mon observation, et qui étaient affectés de surdité rhumatismale, la guérison ne s'est pas démentie un seul instant, et le reste de leur traitement n'a consisté, dans la suite, qu'en moyens ordinaires pour combattre la diathèse rhumatismale.

Par opposition à ces cas, j'avais mentionné d'autres individus affectés de surdités suite d'otorrhée, et chez lesquels le moyen, disais-je alors, avait complétement échoué. J'avais conclu trop vite à la suite d'une observation incomplète. Je confesse ma faute; mais reprenant mon expérience, en commençant par traiter l'affection catarrhale, j'ai persisté ensuite dans l'emploi des instillations d'éther, en proportionnant toujours mes doses à la sensibilité des organes.

Trois de ces malades que j'ai scrupuleusement suivis sont aujourd'hui complétement et, je l'espère, définitivement guéris. L'un d'eux même, qui est musicien, possède maintenant, malgré les études auxquelles il se livre tous les jours sur la clarinette, instrument dur et fatigant, une ouïe délicate, et une justesse d'oreille qui ne laisse plus rien à désirer.

Je donne ce complément de mes premières observations sérieusement, et en conscience, parce que je le crois nécessaire.

J'espère que ceux de nos confrères qui ont pu suivre les résultats de leurs premiers essais voudront bien en faire autant.

Le moyen de Mlle Cleret a fait trop de bruit, même dans le monde médical, pour qu'on le condamne sans appel, et par les services qu'il pourrait rendre dans certains cas de surdité, il mérite d'être sérieusement expérimenté. Clovis Berlemont.

Observation d'un bec-de-lièvre médian de la lèvre inférieure compliqué de division de l'os maxillaire inférieur et de bifidité de la langue.

Puisque vous appelez l'attention de vos lecteurs sur les formes les plus rares du bec-de-lièvre, vous accueillerez avec intérêt, je l'espère, le fait suivant :

Un nouveau-né, âgé de quinze jours, me fut apporté à la clinique (hôpital Saint-Sauveur de Lille), au mois de février 1855. Ce petit

enfant, né d'une mère dont la santé était très-faible et d'apparence tuberculeuse, était lui-même fort chétif. Son père, sa mère et ses trois frères n'offraient aucun vice de conformation analogue à celui qu'il présentait.

La lèvre inférieure est divisée dans toute sa hauteur, sur la ligne médiane; les angles de la division sont écartés et arrondis, comme dans le bec-de-lièvre de la lèvre supérieure; il n'y a pas de perte de substance. L'extrémité inférieure de la division se continue avec une ligne cicatricielle saillante, large de 3 millimètres environ, qui descend sur la ligne médiane du cou, jusque vers la fourchette du sternum. Dans sa moitié inférieure, cette sorte de raphé médian est moins prononcé, moins saillant, et se perd insensiblement.

L'os maxillaire inférieur est divisé en deux portions latérales, réunies sur la ligne médiane par un tissu fibreux couvert en avant par la membrane muqueuse; ces deux portions ne se touchent pas; un intervalle de 3 à 4 millimètres les sépare. Elles sont très-mobiles l'une sur l'autre.

La langue est bifide dans toute sa longueur. La fente, dirigée d'avant en arrière et sur la ligne médiane, est considérable; elle a environ 1 centimètre et demi de profondeur vers la partie moyenne du dos de l'organe. En arrière, elle diminue insensiblement et cesse à la naissance du repli glosso-épiglottique médian. L'épiglotte est entière. En avant, elle divise complétement la partie libre de la langue, et sépare les bords supérieurs des muscles génio-glosses, lesquels sont notablement écartés. La pointe de la langue est en outre recourbée en bas, et fixée à chacun des bords de la division par un repli muqueux très-court et très-résistant. Ce double repli n'est autre que le frein lingual divisé en deux feuillets latéraux et très-raccourci.

Les bords de la division linguale sont couverts d'une membrane muqueuse plus rose et plus fine que celle qui couvre la face supérieure de l'organe. L'angle qui résulte de la rencontre de la face supérieure de la langue avec le bord de la division est très-marqué, un peu obtus cependant.

Les glandes salivaires sublinguales situées sur les côtés du double frein, ne présentent rien de particulier. La lèvre supérieure, la voûte et le voile du palais sont bien conformés. Il en est de même des autres parties du corps qui ont pu être examinées.

Après avoir montré ce fait rare aux élèves de la clinique, j'exposai immédiatement les indications opératoires qui me paraissaient lui être applicables.

Voici ce que je me proposais de faire :

Première opération. — Aviver les bords de la division linguale, mobiliser sa pointe, et réunir par la suture entrecoupée; attendre le résultat de cette première opération avant de passer à la deuxième.

Deuxième opération. — Enlever la bride fibreuse intermédiaire aux deux portions du maxillaire en entamant l'os lui-même, afin de mettre ces deux portions en contact aussi étendu que possible par des surfaces osseuses avivées; puis aviver les bords de la division labiale et réunir par la suture entortillée. L'os eût, sans doute, été maintenu suffisamment par la réunion de la lèvre; dans le cas contraire, une forte épingle passée profondément sous son bord inférieur dans les tissus fibreux qui y adhèrent, ou dans le périoste même, eût assuré la réunion. Peut-être même eût-il été utile d'enlever la bride cervicale, dans une troisième opération plus tardive.

Malheureusement l'enfant, fort chétif déjà, prenait difficilement le sein de sa mère, laquelle n'avait, d'ailleurs, presque pas de lait; il était mourant lorsqu'il me fut rapporté, et il succomba à l'âge d'un mois environ.

Ce fait prouve non-seulement que le bec-de-lièvre médian de la lèvre inférieure existe, ce qui a été nettement nié par des auteurs modernes, malgré les observations authentiques qui sont dans la science; mais encore qu'il peut être compliqué, comme à la lèvre supérieure, de vices de conformation très-analogues, division de l'arcade dentaire, division de la langue. J. Parise,

professeur de clinique chirurgicale
à l'École de médecine de Lille.

De la présence du sucre dans les urines des malades atteints d'affections cancéreuses; réclamation de priorité.

Dans le dernier numéro du *Bulletin de Thérapeutique*, l'honorable pharmacien en chef des hôpitaux civils de Bordeaux est venu signaler l'apparition du sucre dans les urines des individus affectés de cancer. Si M. Dannecy veut bien consulter le procès-verbal de la séance du 7 novembre 1859, de la Société des sciences médicales et naturelles (p. 649 du journal de la savante compagnie), il verra que je l'ai devancé de plusieurs années dans la constatation de ce fait. Depuis cette époque, les cas d'affections cancéreuses ont été rares dans ma clientèle, de sorte que je ne suis pas encore en mesure de trancher toutes les questions cliniques qui découlent de ma découverte. J'ai trouvé du sucre dans les urines de trois femmes atteintes d'un cancer du pylore et de la paroi antérieure de l'esto-

mac, tandis que l'urine de cinq autres malades affectées de gastralgie, de chlorose et de calculs biliaires, ne m'en a présenté aucune trace.

La présence du sucre dans les urines des cancéreux, heureusement confirmée par M. Dannecy, pourra évidemment, dans certains cas douteux de cancer à leur début, contribuer à en établir le diagnostic, et par conséquent à affermir les praticiens dans le choix des moyens thérapeutiques qu'ils mettront en œuvre pour combattre la redoutable maladie.

PUTÉGNAT, D. M. C.,
correspondant de l'Académie de médecine à Lunéville.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies de l'estomac, par M. le docteur BAYARD, ancien médecin adjoint au Comité consultatif d'hygiène et de salubrité et au Bureau de bienfaisance du 3e arrondissement.

Entré à l'Académie de médecine sous les excellents auspices de M. le professeur Cruveilhier, le livre de M. Bayard « parfaitement au niveau des découvertes les plus récentes (suivant l'expression même du maître, habituellement si réservé d'éloges), est un exposé exact des maladies de l'estomac. » Dire à notre tour que cet ouvrage répond à notre titre, c'est indiquer aux lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* qu'ils y trouveront étudiés, avec un soin égal, tous les états pathologiques si variés d'importance et de caractères, si dissemblables de nature, auxquels ses laborieuses fonctions prédisposent l'estomac; qu'ils assisteront à une recherche consciencieuse des causes spéciales à chacun des troubles fonctionnels, passagers ou durables, exempts ou compliqués d'altérations anatomiques; qu'ils auront, enfin, par l'appréciation motivée du traitement que réclame chaque cas particulier, une mesure précise des ressources que possède, sur ce point, la thérapeutique. Mais c'est aussi faire pressentir que l'auteur du *Traité pratique des maladies de l'estomac* s'est tenu en deçà des questions de doctrine; qu'il a écarté tout élément de discussion, et que, s'il a su mettre de côté « ces curiosités médicales, qu'on appelle *cas rares*, et qui sont plus propres généralement à obscurcir un jugement sain qu'à fournir au lit du malade des avantages bien réels, » il a laissé aussi toute prétention aux aperçus originaux et inattendus.

Condenser dans un nombre de pages restreint les connaissances fournies par les travaux des maîtres, et sanctionnées par l'expé-

rience ; poser dans ses bases la thérapeutique de l'estomac malade ; mettre en relief, en les rapprochant l'une de l'autre, l'indication particulière à chaque manifestation pathologique, et faire nettement ressortir l'opportunité de celle-là ; tel est, en quelques mots, le but rempli par cet ouvrage. Les difficultés étaient nombreuses, et l'auteur mérite qu'on lui sache gré de les avoir vaincues. Il a dû, pour cela, écartant toute donnée encore hypothétique, imprimer à son travail une forme didactique. Affrontant les périls de l'énumération, il a dû en racheter les longueurs inévitables par la rigidité de l'ordre méthodique, et, avant tout, s'étayer d'un principe fondamental qui permît de relier en un seul faisceau les descriptions successives.

Des vingt-quatre chapitres qui composent le livre de M. Bayard, les quatre premiers sont consacrés à la description anatomique, à l'étude physiologique, puis à celle des réactions symphatiques et morales de l'organe dont il va entreprendre l'histoire pathologique. Là se trouve développée l'idée mère, qui n'a cessé plus tard de diriger l'auteur, et vers laquelle l'esprit sera maintes fois ramené. C'est, en effet, sur les données certaines que fournissent d'une part l'anatomie pathologique, la physiologie expérimentale de l'autre, et non sur la prédominance de tel ou tel symptôme, que reposeront ses classifications. C'est dans la violation des lois de la physiologie qu'il cherchera toujours la raison des phénomènes morbides, de même que le but primordial des indications qu'il rencontre, et que l'action dominante des agents curatifs qu'il conseille tendront constamment à redresser ces lois. Les termes de cette introduction une fois établies, l'auteur entre véritablement dans son sujet, et si ce n'était abuser des subdivisions, nous dirions que cette étude pourrait elle-même être scindée en deux grandes parties. Dans la seconde sont exposées les affections de l'estomac qui entraînent dans l'organe des désordres anatomiques et des lésions de texture : nous allons y revenir.

La première traite des désordres fonctionnels exempts d'altérations organiques bien confirmées ; des troubles plus ou moins passagers qui, à proprement parler, ne constituent pas des maladies, et qui, mal définis, rarement isolés, provoqués et entretenus par des causes multiples autant que protéiformes, empruntant à chaque individu qui les accuse une physionomie spéciale, étaient d'une esquisse difficile, lorsqu'il s'agissait de trouver pour celle-ci des contours nettement tracés. C'est ainsi que, sous le titre de : Douleurs et sensibilité gastriques, M. Bayard décrit les crampes, les douleurs lancinantes, térébrantes, les sentiments de distension, d'oppression,

tout le cortége, en un mot, des sensations bizarres et insolites qui sont le triste apanage des hypocondriaques et des hystériques. Il signale les troubles sensoriaux, les céphalalgies sympathiques, les vertiges qui en sont la conséquence, et il insiste dans un chapitre à part : De la flatulence et de l'éructation, sur les conditions originelles de l'acccumulation des gaz dans l'appareil gastro-intestinal.

L'étude de l'oxalurie dans les maladies de l'estomac remplit plusieurs pages, dont la lecture nous a vivement intéressé. L'auteur fait de larges emprunts aux travaux du docteur Begbie sur cette matière. Il se plaint que l'examen attentif des qualités habituelles de l'urine, en vue d'y découvrir les productions anormales qui naissent d'une mauvaise digestion et d'une assimilation vicieuse, soit négligé trop souvent. Moins rare qu'on n'est généralement porté à le croire, la présence de l'oxalate de chaux et sa persistance dans l'urine amènent, dit-il, une diathèse particulière que caractérisent les troubles ordinaires de la dyspepsie et de l'hypocondrie, et il prouve, par des observations pleines d'intérêt, que ces troubles ont cédé ou disparu, juste en proportion de la diminution ou de l'absence de l'oxalate de chaux dans le liquide de la sécrétion rénale. On le voit, l'efficacité du traitement est entièrement subordonnée, dans les cas de ce genre, à la rectitude du diagnostic, et c'est plus qu'il n'en faut pour démontrer l'urgence de ces investigations. Un des premiers en France. M. le docteur Aug. Mercier a appelé l'attention sur la valeur que prend la constatation de la diathèse urique dans la solution du problème. Nous regrettons que la part d'initiative qui revient à cet observateur ne lui ait point été rendue par M. Bayard ; mais nous concédons, avec lui, une très-vaste extension à cette influence étiologique. L'histoire des dyspepsies proprement dites est traitée, résumée, disons plutôt, en cinq chapitres, parmi lesquels il faut citer celui du traitement.

Abordant, enfin, la description des maladies de l'organe que caractérisent des désordres anatomo-pathologiques plus tranchés, l'auteur passe en revue les états morbides, depuis les gastrites et les ramollissements jusqu'au cancer de l'estomac. Si ce dernier article eût gagné, peut-être, à de plus amples développements, il en est un autre qui, à plusieurs égards, nous semble particulièrement recommandable : *les ulcérations de l'estomac* en font le sujet. Le début insidieux et la progression latente de la lésion, qui élèvent au même degré les difficultés et l'importance d'un prompt diagnostic ; les redoutables dangers de la terminaison et les délicatesses du traitement,

pour lesquels l'attention tout entière et la sagacité la mieux exercée ne sont point de trop, ces différents caractères de l'ulcère simple de l'estomac ne créent-ils pas à son histoire un intérêt tout spécial?

Très-sobre, dans le cours de son ouvrage, de descriptions individuelles, M. Bayard a fait choix de deux observations d'ulcère stomacal, suivi de perforation et de mort, empruntées, l'une à Delpech, l'autre à la pratique du docteur Hugues, et que nous signalons comme le résumé typique des péripéties de cette grave et curieuse affection. Les esprits attentifs puiseront dans cette lecture des enseignements solides, que n'auraient pu leur fournir des préceptes généraux plus ou moins banalement posés.

Pour rester jusqu'au bout fidèle au plan qu'il s'est tracé, l'auteur, parti des données de la physiologie, nous y ramène dans les dernières pages de son livre, où il traite *du régime et de l'alimentation*. Il convenait d'établir par des principes d'hygiène la prophylactique des désordres fonctionnels et organiques dont on venait de parcourir la nombreuse série ; et là encore, si l'opposition a dû se présenter entre l'immensité du sujet et les strictes limites qu'il était résolu à ne point franchir, M. Bayard a su rassembler, pour les faire rapidement passer sous les yeux du lecteur, les principaux documents annoncés par le titre du chapitre. En dernière analyse, le *Traité pratique des maladies de l'estomac* est le fruit de recherches consciencieusement élaborées. C'est l'exposé synthétique d'un ordre de maladies qui constituent, comme le dit l'auteur, une des branches ardues de l'art de guérir. Des efforts soutenus et fructueux ont été faits pour mettre en relief et bien faire saisir les rapports et les différences qui existent entre les nombreuses affections gastriques. L'article de la thérapeutique ne se borne jamais à de vagues médications ; mais un soin particulier a été pris de préciser le mode d'administration des agents, après en avoir discuté et fait sentir l'opportunité, et sous ce point de vue tout au moins, le livre de M. Bayard devient un utile conseil. Enfin, s'il n'était superflu d'insister désormais sur l'importance qui s'attache à toute étude entreprise sur les lois qui régissent la physiologie comme la pathologie de la digestion, nous userions de l'épigraphe choisie par M. Bayard : *Veteres stomachum ut regem totius corporis salutabant*, pour indiquer le rang qu'assignent par avance aux productions de cette sorte la coutume et l'expérience.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Polype naso-pharyngien enlevé par un nouveau procédé ostéoplastique. — Nous tirons d'un mémoire que M. Demarquay vient d'adresser à l'Institut un nouvel exemple de l'application des procédés ostéoplastiques à l'ablation de ces polypes. Voici le fait qui sert de base à ce travail.

Obs. Il s'agit d'une femme de quarante-neuf ans, épuisée de souffrance et d'insomnie, causées par un polype naso-pharyngo-maxillaire. Le voile du palais était déprimé, mais la voûte palatine était saine; le prolongement pharyngien du produit morbide descendait très-bas, gênait considérablement la respiration, et menaçait de suffoquer la malade; le doigt, introduit dans le pharynx, ne pouvait atteindre le pédicule du polype; la fosse nasale gauche et le sinus maxillaire étaient remplis par un prolongement de la production pathologique qu'il s'agissait d'enlever. Ce côté de la face était bien plus développé que le côté opposé; voici comment, dans ce cas, j'exécutai mon procédé ostéoplastique, qui, cette fois encore, m'a donné un si beau résultat. Comme ma malade était épuisée, je n'osai pas faire mon incision sur le dos du nez; je craignais que la réunion par première intention ne se fît pas; je fis donc partir ma première incision du grand angle de l'œil, et, suivant le sillon naso-génien, je la terminai à la partie inférieure de la narine. De la partie inférieure de cette première incision, j'en fis partir une seconde, allant jusqu'au masséter; cela fait, je disséquai les deux lambeaux formés par mes incisions, à savoir un lambeau nasal et un lambeau génien, mettant le plus grand soin à ménager le périoste. Cela fait, avec une pince de Liston, j'enlevai l'apophyse montante du maxillaire, en laissant assez de cet os pour ne pas déformer le nez, et toute la paroi antérieure du sinus maxillaire, en conservant le bord orbitaire. Cela fait, je saisis avec des pinces de Museux la masse morbide que je venais de découvrir, tandis qu'avec mon doigt, porté dans l'arrière-gorge, je refoulais la portion pharyngienne en haut et en avant; en peu d'instants j'amenai mon polype au dehors; sans grande douleur et sans hémorrhagie; je réunis les lèvres de la plaie par des fils métalliques, et aucun accident ne survint.

Pendant quinze à vingt jours, à chaque expiration le lambeau naso-génien était soulevé, mais bientôt il prit de la consistance, et il est maintenant facile de constater que l'apophyse montante du maxillaire et la paroi antérieure de cet os sont reconstituées. Les dents et la voûte palatine sont à l'état normal; il reste à peine des traces de l'opération que cette malade a subie: il est impossible d'arriver à un résultat opératoire plus satisfaisant. L'opérée a repris sa santé première et son embonpoint; la joue gauche présente la même consistance et la même solidité que celle du côté droit.

Un prochain rapport à la Société de chirurgie, sur une opération analogue communiquée par M. le docteur Dezanneau, nous four-

nira l'occasion de mettre en relief la valeur de ces procédés opératoires, qui ne laissent après la guérison aucune mutilation du squelette de la face.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Coqueluche *traitée par l'inhalation de poussière liquide*. Nous avons rapporté récemment plusieurs applications heureuses de la méthode d'inhalation de liquides pulvérisés faites par M. le docteur Fieber, de Vienne. Voici une application nouvelle au traitement de la coqueluche, qui mérite quelque attention :

Une petite fille de quatre ans, Josza B*** était atteinte d'une coqueluche extrêmement intense, dont les quintes revenaient de quatre à six fois toutes les vingt-quatre heures, et sauf de petites interruptions, duraient de dix à quinze minutes ; après ces accès, la petite malade perdait complétement la présence d'esprit. La toux était très-pénible et exigeait de grands efforts ; les crachats étaient blancs, peu abondants et mêlés de sang ; la petite malade rendait aussi du sang par le nez. En dehors de ces accès, cette petite fille se portait assez bien. Elle resta dans cet état depuis la mi-février jusqu'au 23 avril, la maladie résistant à l'emploi de diverses espèces de sirops dont on fit usage. M. le docteur Fieber, de Vienne, dans la pensée qu'il s'agissait dans ce cas d'une véritable névrose de la dixième paire, crut devoir recourir à un médicament ayant des rapports spéciaux avec le pneumogastrique, et il choisit à cet effet l'extrait alcoolique de jusquiame. Pour satisfaire en même temps à l'indication fournie par l'affection de la membrane muqueuse, bien que cette affection n'occupât que le second rang, il fit dissoudre l'extrait dans une émulsion huileuse peu épaisse, et il prescrivit la formule suivante :

Pr. : Extrait alcoolique de graines de jusquiame	0 gr 25
Huile d'olive	15 gram.
Gomme arabique en poudre	8 gram.
Eau de fontaine	665 gram.

Le 23 avril, on commença les inhalations de ce liquide, qui se prête très-bien à la pulvérisation. Ces inhalations étaient continuées avec de petites interruptions, pendant huit minutes.

Comme l'enfant faisait 48 respirations par minute, chaque séance consistait en 380 inspirations ; elles avaient lieu sans que la malade fît la moindre résistance et sans qu'elle éprouvât des envies de tousser. Chaque séance était suivie d'un assoupissement assez prolongé. —Le jour suivant, on administra le même nombre d'inhalations. Les symptômes restèrent les mêmes. La nuit l'enfant eut quatre accès ; crachats non mêlés de sang. La nuit suivante deux accès. Le jour, comme l'enfant prenait du mouvement, la toux était plus fréquente. — Le 25, 380 inhalations. La nuit du 26, un seul accès moins intense que les précédents. De nouveau 380 inhalations. — Le 27, même traitement. L'enfant avait bien dormi toute la nuit. Le 28, il y eut un changement. Sur tous les points de la poitrine on entendait très-distinctement des râles humides à petites bulles. L'expulsion des crachats devint plus facile et assez abondante. La nuit du 29, il y eut une quinte de toux, qui donna lieu à l'expulsion d'une quantité de crachats. (380 inhalations).— Dans la matinée du 29, ainsi que le soir du même jour et dans l'après-midi du 30, l'enfant rejeta sans efforts une quantité relativement considérable de crachats blanchâtres, présentant une consistance aqueuse et exempts de mélange de sang. Après cette évacuation, les accès cessèrent. (*Rev. med.*, juillet 1862.)

Eclampsie puerpérale (*Nouveau cas d'*) *guérie par l'injection sous-cutanée de morphine*. Nous avons publié déjà une obserbation d'éclampsie traitée avec succès par la méthode hypodermique, t. LVIII, p. 193. A ce fait emprunté à la pratique de M. Scanzoni, nous venons ajouter le suivant : Une femme, qui était heureusement accouchée de deux jumeaux, fut prise d'éclampsie deux jours après la délivrance ; l'urine, examinée immédiatement après l'accouchement, avait été trouvée albumineuse. Des applications froides sur la tête, des sangsues derrière les oreilles, deux lavements avec

30 ou 40 gouttes de teinture d'opium restèrent sans effet. Après la troisième attaque, la malade était tombée dans un état comateux des plus alarmants; c'est alors que M. Franque lui fit trois injections avec une dose totale de biméconate de morphine correspondant à 75 centigrammes d'opium. A dater de ce moment, les accès s'éloignèrent, et perdant également en intensité, ils disparurent bientôt complétement. Cette femme fut retenue encore quelque temps par une endométrite et une péritonite légères. Au bout de quatre semaines, elle quittait l'hôpital parfaitement rétablie. (*Monatsch. für Geburtsk* et *Gazette hebd.*, août.)

Hernies étranglées (*Du meilleur mode d'emploi de la belladone pour faire rentrer les*). Les moyens internes, et spécialement la belladone, sont-ils réellement efficaces pour procurer la réduction des hernies étranglées ? Voilà une question sur laquelle les avis sont différents. Les chirurgiens, en général, préoccupés de l'avantage qu'il y a à ne pas opérer tardivement, sont peu favorables à tout traitement médical. Cependant, il existe dans la science un assez bon nombre de faits de hernies ayant présenté les symptômes de l'étranglement, qui se sont réduites sans qu'on ait eu recours à d'autres moyens que ceux de l'ordre dont il est ici question, café, opium, belladone, etc. On est donc fondé à ne pas dédaigner ces moyens, et, tout en admettant qu'il est plus avantageux d'opérer de bonne heure, quand il y a lieu d'opérer, il faut reconnaître qu'il est des cas où le traitement médical peut et doit être tenté, ne fût-ce que dans ceux où les malades se refusent à toute intervention chirurgicale, taxis et kélotomie.

Cela posé, resterait à savoir quel est le plus sûr des moyens en question, et quel est pour chacun le *modus faciendi* qui mériterait la préférence.

Pour nous en tenir à la belladone, dont l'emploi a certainement procuré des succès, quelle est la meilleure manière de l'employer contre la hernie étranglée ? On l'a administrée dans des potions, dans des lavements; on l'a portée, sous forme d'extrait, au moyen d'une sonde, dans le canal de l'urètre. Pour M. Chrétien, de Montpellier, ces divers modes d'administration ont des inconvénients; les deux premiers parce que, en raison de la nécessité de prescrire des doses considérables, il peut arriver, et il est arrivé en effet des phénomènes d'empoisonnement ; le dernier, à cause de la répugnance que lui opposeraient la plupart des malades.

Le mode que préfère notre distingué confrère, c'est l'application directe sur la tumeur herniaire, et il le préfère à cause de sa simplicité et des résultats qu'il en a obtenus. « Quant aux doses, elles importent peu, ajoute-t-il, car je fais recouvrir toute la tumeur avec une pommade dans laquelle entrent 8 grammes d'extrait de belladone, et je n'ai jamais observé le moindre symptôme d'intoxication. Je rends les 8 grammes d'extrait faciles à étendre, en les mélangeant exactement avec pareille quantité d'axonge, et je fais recouvrir toute la tumeur herniaire avec un cataplasme de farine de lin délayée à l'aide d'une forte décoction de feuilles de belladone. Au bout de quelques heures, les divers symptômes d'étranglement diminuent peu à peu et le malade perçoit des gargouillements intestinaux, bientôt suivis d'un craquement qui est le signe de la rentrée ou réduction de la hernie...

« Je pense, dit en terminant M. Chrétien, qu'il n'est plus permis, dans l'état actuel de la science, de pratiquer la kélotomie que pour des faits exceptionnels et après avoir essayé l'emploi de la belladone, comme je viens de l'indiquer, le succès ne se faisant pas longtemps attendre, et les dangers de la temporisation ne pouvant être invoqués. »

Il n'échappera du reste à personne qu'à ce moyen peut et doit être ajoutée la position, dont l'influence n'est pas douteuse. (*Montpellier médical*, août 1862.)

Jaunisse; *sa pathologie et son traitement.* M. Harley s'est attaché à distinguer la jaunisse résultant de la suppression de la sécrétion biliaire d'avec la jaunisse résultant de l'obstruction des canaux excréteurs. Dans la première variété, l'urine du malade ne contient que les éléments de la bile qui étaient tout formés dans le sang; dans la seconde, l'urine contient, en outre, ceux de ces éléments qui sont engendrés dans le foie même, lesquels ont été ensuite réabsorbés.

Pour distinguer l'un de l'autre ces deux états, il suffit d'ajouter, dans 8 grammes de l'urine du malade, 2 grammes d'acide sulfurique concentré et un fragment de sucre de la grosseur d'un pois. Si, au contact des deux liquides, il se produit une cou-

leur pourpre, cela prouve qu'il y avait dans l'urine les acides de la bile et qu'il existe, en conséquence, une jaunisse par obstruction. Par contre, si le sucre donne seulement une couleur brune, c'est probablement un cas de jaunisse par suppression de la sécrétion. Il faut savoir cependant que la première forme dégénère parfois en la seconde.

L'auteur recommande comme particulièrement efficace l'emploi de l'acide benzoïque dans la jaunisse par suppression, et l'ingestion de la bile amenée à consistance épaisse dans la jaunisse par obstruction ; cas dans lequel le malade meurt souvent par suite de l'absence de la bile dans ses organes digestifs et des altérations qui en résultent pour l'assimilation des aliments.

L'auteur avertit que, quand on emploie la bile comme remède, il faut éviter de la donner, ainsi que souvent on le fait à tort, en même temps que les aliments ; on doit la faire ingérer à la fin de la digestion stomacale, afin qu'elle puisse agir au même moment que celui où elle fonctionne dans l'état normal, et en capsules, afin qu'elle n'agisse toujours, comme à l'état normal que dans le duodénum et non dans l'estomac. (*Presse méd. belge*, 17 juillet 1862.)

Lactates alcalins. *Leur emploi dans le traitement des maladies fonctionnelles de l'appareil digestif.* La médication par les lactates alcalins, sur laquelle M. Pétrequin vient d'appeler l'attention des praticiens dans un mémoire récemment publié, est fondée sur cette double indication : posséder un médicament qui ait son utilité dans l'acte de la digestion et qui fasse partie intégrante des sels qui affluent ou se forment naturellement dans le tube gastro-intestinal, pour convertir l'aliment en chyme et en chyle. Les lactates alcalins, par leurs qualités spéciales lui ont paru tout à fait propres à seconder les procédés de la nature et à atteindre le but physiologique proposé. Voici les résultats des recherches expérimentales multipliées auxquelles s'est livré M. Pétrequin pendant une douzaine d'années, sur cette indication. Il était dans l'exposition de ces recherches trois divisions qui correspondent aux trois phases de la digestion. Nous allons suivre ces divisions.

1° *Lésions fonctionnelles de la digestion dans sa première phase* (phase buccale). Deux cas se présentent : *A*. La salive est acide, ce qui révèle une lésion gastro-intestinale. M. Pétrequin dit avoir obtenu dans ce cas d'excellents résultats en donnant, avant le repas, une, deux ou trois pastilles de lactate de soude et de magnésie, qu'il recommande de laisser fondre l'une après l'autre, lentement, dans la bouche, sans les briser avec les dents ; il en fait autant après le repas, pour continuer et compléter la médication. On réussit ainsi à faire cesser l'excès d'acidité de la salive et à régulariser la sécrétion de ce liquide, sans doute en améliorant la digesiton. *B*. D'autres fois ce n'est plus la qualité, c'est la quantité de la salive qui fait défaut : il y a ce qu'on pourrait appeler *dyspepsie sèche*. Dans ce cas, il conseille de faire prendre avant le repas, successivement, une, deux ou trois pastilles de lactate de soufre et de magnésie ; on en fera autant après le repas, pour forcer la salive à affluer dans l'estomac. Des malades qui souffraient de cet état depuis plus ou moins longtemps, sont arrivés par ce moyen à réparer assez vite leurs fonctions digestives et à rétablir leur santé.

Voici la formule de ces pastiles, qui, prises comme il a été dit, remplissent la bouche de salive.

Lactate de magnésie pulvérisée......	2 grammes.
Saccharure de lactate de soude au quart.	8 grammes.
Sucre pulvérisé....	69 grammes.
Mucilage de gomme adragante......	Q. S.

On prépare des pastilles du poids de 1 gramme; contenant chacune 0gr.,5 de lactate de soude et de magnésie.

2° *Lésions fonctionnelles de la digestion dans sa deuxième phase* (phase gastrique). Ici les applications sont plus nombreuses : *A. Dyspepsie acide*. Il y a, selon le degré, renvois acides, aigreurs, pyrosis, vomissements acides, etc. La formule thérapeutique n'est plus la même. On fait avaler avant le repas, la moitié ou la totalité d'une prise alcaline composée de :

Lactate de magnésie..	30 centigr.
Saccharure de lactate de soude au quart.	20 grammes.

Pour une prise.

En outre, on fait ensuite prendre, avant le repas, selon le mode habituel déjà indiqué, une ou deux pastilles de lactate de soude et de magnésie. On réussit mieux, d'après M. Pétrequin, en faisant prendre, avant les pastilles, cette prise alcaline, qui semble agir plus extemporanément contre

l'excès d'acidité gastrique. On donne ensuite, après le repas, une ou deux pastilles. On procède de la même manière chez les diabétiques, pour la dyspepsie dont ils souffrent par intervalle.

B. Indigestion commençante. S'il y a beaucoup de rapports acides, on fait avaler d'emblée une prise de lactates alcalins, comme ci-dessus ; sinon on se borne à quelques pastilles de lactate et de magnésie, qu'on fait dissoudre une à une avec beaucoup de lenteur dans la bouche, afin qu'il arrive dans l'estomac le plus de salive possible et que celle-ci y stimule la sécrétion du suc gastrique.

C. Dyspepsie flatulente. Les gaz sont tantôt insipides et inodores, tantôt acidulés (quand ils sont fétides, il est besoin d'une médication complexe). Le mal dépend d'ordinaire de la digestion imparfaite des aliments dits venteux. Or, on a vu que les lactates alcalins ont sur ces derniers une grande influence, bien qu'indirectement. Quand c'est plus ou moins longtemps après le repas que les flatuosités se développent, le plus souvent on ne réussit guère à faire le traitement préventif. c'est-à-dire avant le repas. Aussi alors on ne commence l'emploi des pastilles qu'après l'ingestion des aliments et on les continue à intervalle convenable, pendant la durée de la flatulence. On procède ainsi pendant plusieurs jours, en réglant d'ailleurs le régime et combattant les causes présumées du mal ; et en amendant la dyspepsie, on fait peu à peu disparaître les flatuosités qui étaient symptomatiques.

La *gastralgie* ou *gastrodynie* offre plusieurs variétés : celle qui se lie à un état dyspeptique sera efficacement accessible à la médication par les lactates alcalins. Dans les cas où l'estomac devient le siége des douleurs gastralgiques, seulement au début de la troisième phase de la digestion (phase intestinale), ou à la fin de la deuxième (phase gastrique), alors on prescrit les lactates alcalins, surtout le repas, avec le soin de les continuer lentement jusqu'à l'heure où la gastrodynie doit apparaître.

3° *Lésions fonctionnelles de la digestion dans sa troisième phase* (phase intestinale). M. Prétrequin a constaté l'action curative des lactates alcalins dans la diarrhée qui survient chez les convalescents, à l'époque où ils commencent à user d'aliments et où leur estomac est encore frappé de débilité. (*De l'emploi thérapeutique des lactates alcalins, etc.* Broch. in-8°, 1862).

Phthisie (*Nouvelles expériences cliniques sur l'emploi des préparations martiales dans la*). Nous n'avons pas à rappeler les opinions qui divisent les praticiens quant à la valeur de l'intervention du fer dans le traitement de la phthisie ; et récemment encore deux de nos honorables correspondants, MM. Millet et Putégnat, sont venus de nouveau agiter cette question. L'incertitude qui règne encore sur la valeur de cet emploi du fer nous engage à donner une analyse des nouvelles expériences que M. le docteur Cotton, médecin de l'hôpital des phthisiques de Londres, vient de publier. Ce médecin a choisi pour ses essais le vieux vin ferré, comme étant la préparation martiale la plus simple, celle qui est la mieux acceptée et le plus facilement tolérée. Il la prescrit d'abord à la dose de 8 grammes, deux fois par jour, en augmentant graduellement chaque dose jusqu'à 15 grammes, dans quelques cas rares, jusqu'à 30. Ce traitement fut continué, suivant les cas, pendant un temps qui a varié de quatre à treize semaines. Les expériences ont eu lieu chez 25 malades, 10 hommes et 15 femmes ; 10 avaient moins de vingt ans, les autres entre vingt et quarante ans. La phthisie était, chez 6, au premier degré ; chez 6, au second ; chez 13, elle était arrivée au troisième. Chez 2 ou 3 femmes, le fer sembla déterminer un peu de céphalalgie, que l'on fit disparaître rapidement en diminuant la dose du médicament ou en en suspendant momentanément l'usage. Pendant le traitement, l'appétit des malades fut généralement bon, et on ne vit s'aggraver aucun des symptômes actifs de la maladie, pas même les hémoptysies. Des 25 malades, 13 furent notablement améliorés, 3 légèrement, et 9 n'éprouvèrent aucun bénéfice de la médication ; 3 de ces derniers moururent à l'hôpital, 14 augmentèrent de poids, et quelques-uns dans une proportion considérable ; 8 diminuèrent un peu, et 3 restèrent sans changement. Dans 13 cas, l'huile de foie de morue fut de temps en temps, mais non d'une façon régulière, administrée conjointement avec le fer ; les autres ne prirent aucun médicament, si ce n'est quelques loochs simples. Dans 9 des 14 cas dans lesquels on a constaté l'augmentation du poids du corps, l'huile de foie de morue avait été prise

concurremment avec le fer, et l'un d'eux, au deuxième degré de la tuberculisation, présenta cette particularité remarquable, quoique non très-rare, qu'il prenait de l'embonpoint en même temps que les symptômes locaux et généraux de la phthisie allaient en s'aggravant.

De ces faits et de ceux plus nombreux qu'il a observés dans son hôpital et en ville, M. Cotton tire les conclusions suivantes : Le vin ferrugineux est un très-bon auxiliaire dont il devra être fait usage pour le traitement d'un nombre considérable de phthisiques ; il est rarement mal supporté, il tend au contraire à augmenter l'appétit et à faciliter la digestion; il est plus particulièrement avantageux pour les enfants et les individus jeunes.

Pour nous, et malgré ces expériences, l'emploi du fer devra toujours constituer une médication exceptionnelle à opposer à la phthisie, quoique nous ne lui attribuions pas les effets préjudiciables que lui reconnaissent MM. Trousseau et Millet. (*Medical Times and Gaz.* et *Union méd.*, août.)

Tonsure conjonctivale. *Son efficacité contre les lésions panniformes et chroniques de la cornée.* Sous le nom de *tonsure conjonctivale*, M. le docteur Furnari désigne une méthode à l'aide de laquelle on enlève toute la muqueuse, ainsi que le tissu cellulaire sous-conjonctival, à l'effet de produire l'oblitération des vascularisations anormales de la couche épithéliale de la cornée. Voici la description rapide du procédé opératoire :

Quatre instruments sont nécessaires pour pratiquer cette opération : 1° une pince oculaire à griffes multiples; 2° des ciseaux mousses et courbes sur le plat, dont l'un des anneaux est percé d'un trou taraudé pour recevoir une pince à branches flexibles, se fermant par un coulant et destinée à porter une petite éponge ; 3° un crochet mousse à pointe très-aplatie et tranchant à sa concavité ; 4° un scarificateur dont la convexité est tranchante à partir de la première courbure et la pointe tranchante des deux côtés. Le malade étant assis et les paupières écartées à l'aide du blépharostat, le chirurgien saisit avec sa main gauche et avec la pince à griffes multiples la conjonctive vers la partie supérieure et externe du globe s'il s'agit de l'œil gauche, la partie supérieure et interne, s'il s'agit de l'œil droit ; il opère circulairement de bas en haut et de droite à gauche la dissection de la muqueuse et du tissu cellulaire sous-conjonctival, depuis la marge cornéenne jusqu'à trois millimètres en deçà de la rigole circulaire formée par la conjonctive palpébrale réfléchie, en ayant la précaution de ménager un petit lambeau adhérent au centre du bord supérieur de la cornée. Le segment inférieur de la conjonctive bulbaire est disséqué de la même manière.

Dans un second temps, on tond à l'aide des mêmes ciseaux le tissu cellulaire sous-conjonctival ; et, chemin faisant, on enlève le bord péricornéen de la conjonctive; en un mot, toute la sclérotique est mise à nu.

Les filaments celluleux vasculaires et le réseau vasculaire profond de la circonférence de la cornée, qui ont échappé aux ciseaux, sont enlevés à l'aide du crochet, et avec l'aiguille coudée on pratique de légères scarifications sur l'anneau conjonctival. On continue autant que possible ces scarifications sur les vascularisations les plus prononcées du pourtour de la cornée elle-même, en dirigeant l'instrument de la circonférence au centre. On passe une dernière fois les ciseaux sur le cercle péricornéen pour exciser le petit lambeau conjonctival adhérent au centre du segment supérieur de la cornée.

Enfin, dans un quatrième temps, après avoir facilité l'écoulement du sang par de légères lotions d'eau tiède, on éponge convenablement la blessure afin d'enlever les caillots qui gênent la manœuvre opératoire. Dès que l'écoulement sanguin est bien diminué, on frotte légèrement contre un crayon d'azotate d'argent un petit pinceau préalablement mouillé avec un peu de salive; on trace en passant de petites traînées superficielles sur la cornée en dirigeant le pinceau de la circonférence au centre. On promène ensuite ce pinceau circulairement sur l'anneau de jonction de la cornée avec la sclérotique. On doit, dans ces cautérisations, chercher à atteindre plus particulièrement les parties ulcéreuses de la cornée, passer à peine sur les parties vascularisées et respecter les parties transparentes.

Tout le pansement consécutif consiste à appliquer, pendant deux ou trois jours, des compresses imbibées d'eau froide.

A la suite de cette opération très-effrayante en apparence, mais en réalité sans danger, paraît-il, l'œil ne s'enflamme pas; il survient tout au plus une forte irritation, qui n'est ja-

mais de longue durée; la phlogose chronique dont l'organe était affecté disparaît même à la suite. Mais le fait le plus remarquable et le plus constant de la tonsure conjonctivale, suivant M. Furnari, c'est que les fortes douleurs dont le malade était affecté depuis longtemps, cessent vingt-quatre heures après l'opération. Le travail d'élimination et de résolution commence ordinairement au bout d'une semaine; ce qui reste des vaisseaux anormaux péricornéens s'atrophie, les infiltrations lymphatiques et hématiques interlamellaires se résorbent graduellement; la couche superficielle de la cornée malade s'exfolie sous forme d'escarre et laisse apparaître la couche sous-jacente dans sa transparence normale. Les granulations palpébrales elles-mêmes, sous l'influence de l'opération, subissent des modifications qu'on n'avait pu obtenir ni par les cautérisations, ni par les sacrifications directes.

Voici, d'après M. Furnari, qui a pratiqué plusieurs fois cette opération avec succès, quelles sont les affections oculaires dans lesquelles la tonsure conjonctivale est indiquée : 1° le pannus membraneux et charnu; 2° la phlébectasie conjonctivale et cornéenne ; 3° les kératoïdites panniformes, vasculaires et ulcéreuses, superficielles et profondes; 4° les taies récentes entretenues par des vascularisations partielles; 5° les infiltrations interlamellaires hématiques ou lymphatiques de la cornée; 6° les lésions cornéennes qui résultent de l'ectropion, de l'entropion et du trichiasis; la propulsion de la cornée consécutive au ramollissement de cette membrane. (*Gaz. médic. de Paris*, avril et mai 1862.)

Trichina (*Traitement de l'affection produite par le*). Qu'y a-t-il à faire dans le cas d'affection trichinale récente? La maladie produite par la présence des trichines n'offre pas de signes pathognomoniques suffisants pour la reconnaître. Cependant un état semi-typhoïde, l'absence de diarrhée et d'exanthème typhoïque, l'absence de tuméfaction considérable de la rate, l'existence de douleurs musculaires violentes aux moindres mouvements, peuvent faire soupçonner la présence de ces vers. Il est possible qu'on observe tout à coup des difficultés dans la déglutition, de l'enrouement, du strabisme ou une certaine fixité du globe oculaire, lorsque les trichines sont accumulées en grande quantité dans les muscles de ces parties. Voici, d'après M. le docteur Kuchenmeister, de Dresde, ce qu'il y aurait à faire dans ce cas, pour établir le diagnostic et pour traiter cette affection.

Si le malade porte une plaie quelconque, il faut enlever une petite portion de chair et l'examiner au microscope. Sinon il faut faire une ponction exploratrice dans une partie charnue du corps et amener une parcelle de substance musculaire qu'on soumet au même examen. Lorsqu'on s'est assuré de l'existence réelle des trichines, il faut s'occuper de les combattre. Comme on est sûr qu'il en existe aussi dans l'intestin, qui produisent chaque jour une nouvelle infection, l'auteur propose de donner un purgatif drastique tous les trois jours (calomel et jalap avec la poudre de fougère; environ 2 grammes de chacune de ces deux dernières substances).

M. Kuchenmeister recommande aussi l'huile de térébenthine à petites doses longtemps continuées; on peut donner la térébenthine de Venise sous forme pilulaire, en lui associant la poudre de fougère mâle (20 à 40 centigrammes de térébenthine, trois ou quatre fois par jour). Enfin, l'auteur annonce que le professeur Zenker et le docteur Waldeck sont arrivés à diagnostiquer d'une manière presque certaine la présence des trichines par l'examen microscopique des matières fécales. Ce dernier a trouvé dans le mucus intestinal de petits helminthes qu'il regarde comme des trichines arrivés à l'état de maturité. Il faut donc ne pas négliger ce moyen d'investigation avant de recourir à la ponction exploratrice des muscles. (*Journ. Fuer Kinderkrankheinten* et *Gaz. méd. de Paris*, juillet 1862.)

VARIÉTÉS.

De la restauration mécanique des mâchoires supérieure et inférieure [1].

De la cicatrisation des parties mutilées.

Lorsqu'on envisage les applications de l'art à un point de vue nouveau, il se présente immédiatement des questions auxquelles on n'avait pas songé jus-

---

[1] Suite, voir la précédente livraison, p. 236.

qu'alors. Ainsi, la restauration mécanique des pertes de substances du squelette de la face commande tout d'abord une connaissance spéciale des modifications subies par ces parties.

Les résultats diffèrent selon la nature des causes qui ont produit la mutilation, et malgré les occasions fréquentes de comparer les différences fournies par les violences extérieures et les opérations chirurgicales, aucun travail, que nous sachions, n'a encore été entrepris sur ce sujet intéressant. Du reste, quel eût été son but, puisqu'on ignorait la valeur des ressources de la prothèse en face de ces pertes de substance? Ne tenant aucun compte de la possibilité de l'emploi d'un appareil mécanique, les chirurgiens abandonnaient entièrement la marche de l'acte réparateur à la spontanéité de l'organisme, même dans les cas où il eût été possible de le diriger et de préparer les parties mutilées à subir plus facilement le contact d'un corps étranger et à lui fournir des points d'appui plus étendus et plus solides.

Larrey est le chirurgien qui s'est le plus occupé des effets consécutifs des blessures reçues à l'armée et des opérations pratiquées sur le champ de bataille. Ainsi, dans le chapitre de sa clinique chirurgicale qu'il consacre aux plaies de la face, après avoir signalé les services que rend la suture dans les plaies du nez, des joues et des lèvres, alors même qu'elles ont été produites par des armes à feu, Larrey ajoute : « Une remarque importante qui n'avait pas été faite par les praticiens, c'est que toutes les plaies de la face, avec coupure ou fracture aux os de cette région, quelque graves qu'elles soient, se guérissent avec une grande facilité et une rapidité étonnante, surtout chez les jeunes sujets et lorsque le premier pansement en a été fait d'après les vrais principes de l'art. Nous attribuons ce résultat heureux à la texture particulière des parties dures et molles de la face. Les premières sont presque toutes composées d'un tissu spongieux, élastique, et pénétré par un grand nombre de vaisseaux, ce qui favorise leur soudure réciproque, ou leur cicatrisation, qui peut s'opérer, par ce motif, aussi promptement qu'aux parties molles ; ces os sont de plus dépourvus d'articulations synoviales et d'appareils fibreux, si nous en exceptons la double articulation amphidiarthroïdale de la mâchoire inférieure, très-reculée vers les tempes : en sorte qu'on n'a point à craindre dans ces cas les accidents graves qui surviennent ordinairement à la suite des fractures dans les portions des os qui concourent à former les articulations des membres. Les parties molles du visage étant, de leur côté, dépourvues de tissus fibreux ou aponévrotiques, et recevant très-peu de nerfs de la vie intérieure, ou du grand sympathique, sont moins disposées à l'inflammation ou à l'éréthisme. » (*Clinique chirurgicale*, t. V, p. 93.)

Tels sont les principaux enseignements que le savant chirurgien fournit sur ce sujet. Ils sont précieux, mais portent surtout sur la promptitude de la cicatrisation de ces plaies. Toutefois, Larrey rappelle ailleurs que le meilleur moyen d'assurer la cicatrisation des plaies de la face en particulier, est l'emploi de la suture entortillée, ainsi que son maître Desault en a posé le précepte. Lorsque les bords de la solution de continuité ont été contus, meurtris, ainsi que cela arrive après les blessures par armes à feu, il prescrit d'en rafraîchir les bords à l'aide des ciseaux ; puis, le pansement fait avec soin, de ne pas le renouveler avant le septième ou le neuvième jour, en se bornant à éponger l'extérieur de l'appareil, matin et soir. « Le général Janin, l'un des guerriers de l'ancienne armée, ayant eu, au combat d'Elsberg, en Prusse, la mâchoire fracassée et une grande portion de la joue détruite par un biscaïen, assura le

succès de l'opération que je lui fis sur le champ de bataille, en respectant l'appareil jusqu'à son arrivée à Paris, où il fit couper les points de suture qu'on trouva sur la cicatrice déjà consolidée. » (*Clinique chirurgicale*, t. I, p. 56.)

Quant aux modifications que les os subissent, Larrey renvoie aux observations particulières de ceux des soldats présentant des plaies des mâchoires avec fracas et déperdition de substance osseuse, qu'il avait pansés sur le champ de bataille et qu'il a retrouvés plus tard aux Invalides. Il cite comme exemple ces deux faits de Vauté et de Vernez que nous avons donnés plus haut. C'est donc dans la lecture de ces observations qu'il faut aller chercher les témoignages de son expérience à cet égard. Ainsi, dans le récit de l'autopsie de Vauté on a pu voir que : « tous les os coupés par le boulet s'étaient amincis et arrondis, afin de se mettre en harmonie avec la cicatrice des parties molles, » mais il rejette « cet épanchement de sucs osseux, prétendu travail de régénération, dont quelques auteurs modernes nous parlent encore, » et n'admet dans la cicatrisation des parties osseuses qu'une tendance à la réduction et à la concentration, qui a pour résultat de resserrer le vide produit par la blessure : l'histoire de Vernez est un des exemples les plus frappants.

Les modifications qui suivent les pertes de substance du squelette des mâchoires ont-elles les bons effets que Larrey leur attribue? Nous ne saurions l'admettre. Que ce mouvement de concentration des parties, ayant pour résultat de diminuer le vide laissé par la mutilation, ait quelquefois pour effet d'atténuer le dommage causé à l'exercice des fonctions de la bouche, cela se peut ; mais l'avantage se réduit à peu de chose. Ainsi, de l'aveu de Larrey lui-même, le seul bénéfice obtenu par ses mutilés a été, après de longues années, de perdre une moins grande quantité de leur salive. Mais le mouvement de retrait des tissus, en même temps qu'il procure au mutilé ce très-léger bénéfice, aggrave la difformité du visage : ce qui est une triste compensation.

Quoi de providentiel encore dans ce mouvement de rapprochement des arcades dentaires supérieures à la suite de l'ablation de la destruction de la branche horizontale de la mâchoire inférieure dont Vernez nous offre une preuve? Ce resserrement des dents est quelquefois si considérable, que ces ostéïdes finissent par fermer l'ouverture rétrécie de la bouche, au point que les mutilés ne peuvent plus y introduire que des substances liquides. Nous venons d'en voir un exemple chez le nommé Retrouvé, âgé de soixante-quatorze ans, invalide de la douzième section. Comme il existe, chez ce militaire, au milieu du plancher buccal une large fistule, son alimentation réclame des soins tout particuliers.

Au point de vue de la prothèse, la cicatrisation des blessures de la face, compliquées de fractures des maxillaires, présente moins à considérer ce qui a trait à l'acte réparateur de la brisure osseuse que les effets de l'action des parties molles. D'abord ce sont les muscles qui entraînent immédiatement les fragments auxquels ils s'insèrent quand ceux-ci sont mobiles, comme dans les fractures du maxillaire inférieur ; puis les téguments qui viennent ajouter à leur tour leur influence. Celle-ci, pour être moins évidente, n'en est pas moins certaine ; nous en avons pour preuve ce qui arrive dans le bec-de-lièvre compliqué de division de la voûte palatine. Quelque considérable que soit l'écartement des deux bords de l'arcade alvéolaire, ils ne tardent pas, on le sait, à arriver au contact dès que la solution de continuité de la lèvre a disparu. C'est à une action analogue de la lèvre supérieure qu'est due la déviation des dents et consécutivement celle de la voûte palatine que l'on remarque sur la tête de Vernez, I O (fig. 3).

Cette influence des parties molles sur la configuration ultérieure du squelette, surtout lorsqu'elles sont contractiles, a une portée pratique ; désormais on respectera ce qu'elle peut avoir d'utile, tandis qu'on cherchera à s'opposer à ses résultats fâcheux. Du reste, nous reviendrons plus utilement sur ces divers points, à propos de chacune des mutilations de la bouche que nous allons examiner.

Restauration mécanique du maxillaire supérieur.

Lorsqu'on considère l'étendue que les maxillaires supérieurs occupent dans la charpente de la face, on a lieu d'être surpris du peu de dommage causé à la conformation des traits du visage par l'ablation de l'un de ces os. Un peu d'affaissement de la joue correspondante est tout ce qui résulte de cette soustraction osseuse. Il en est tout autrement quant aux fonctions de la bouche. Le vide créé dans la voûte palatine apporte de grands obstacles et à la phonation et à la mastication ; aussi, est-ce à combler cette perte de substance que doit s'ingénier la prothèse.

Dans les appareils destinés à la restauration du maxillaire supérieur, la partie fondamentale est également cette pièce à laquelle on a donné le nom d'*obturateur*. Sur cette base, qui suffit à elle seule pour parer aux plus grands inconvénients de la mutilation, viendront s'implanter des appendices destinés, l'un, à surélever l'arcade dentaire pour soutenir la lèvre supérieure, l'autre, à combler le vide produit par l'absence du corps de l'os et prévenir ainsi tout affaissement de la joue.

Le meilleur moyen d'être compris, dans l'exposition d'un sujet, étant de marcher du simple au composé, nous allons débuter par les essais de restauration mécanique pratiquée à la suite des opérations chirurgicales. Dans ces cas, en effet, les pertes de substance du squelette existent seules, les parties molles, qui ont dû être divisées pour atteindre la portion d'os à sacrifier, ont été remises en place et se sont réunies immédiatement. Quelquefois même la résection de la lésion osseuse a pu être faite, sans qu'on ait été contraint d'intéresser les parties molles qui les recouvrent ; c'est ce qui arrive quand les tumeurs sont limitées aux parties moyennes des arcades dentaires. L'ouverture de la bouche permet d'arriver à accomplir ces opérations sans grandes difficultés.

Restauration mécanique des arcades dentaires.

La résection du bord alvéolaire du maxillaire est une opération qui est réclamée assez souvent dans la pratique chirurgicale, par le développement d'une épulie, etc. Ces résections partielles, qu'il faut bien distinguer des ablations totales de l'os qu'on pratique seulement depuis les travaux de Lizars et de Gensoul, ont été tentées dès le dix-septième siècle. Un des faits les plus remarquables est celui cité par Siebold. « La tumeur occupait la fosse canine gauche, elle acquit, en deux ans, un volume tel et avait un aspect si hideux, que les magistrats d'Altembourg firent séquestrer la malade chez elle. En 1800, la tumeur s'étendait de la dent canine droite à la molaire gauche, sur tout le bord alvéolaire, et faisait une forte saillie au dehors. Après l'avoir séparée de la lèvre supérieure, on en fit la section avec une scie, et l'on parvint à l'extirper dans toute son intégrité. La douleur et la perte de sang furent bien moindres qu'on ne le croyait. Le sinus maxillaire partagé en deux cavités étant à découvert, on y promena le fer rouge, et, au bout de six semaines, la malade sortit de l'hôpital, parfaitement guérie. »

Malgré ces occasions fréquentes de restauration, le seul cas dont nous ayons été

témoin est le résultat d'une blessure de guerre. Les faits dans lesquels le projectile borne son action exclusivement à l'abrasion du rebord alvéolo-dentaire doivent être rares. Celui que nous allons rapporter représente assez bien la perte de substance qui suivrait une résection de cette portion du maxillaire affectée d'une lésion organique et pourra servir d'exemple dans un cas analogue.

Obs. *Fracture comminutive des deux maxillaires supérieurs, destruction de toute l'arcade dentaire moins la portion qui supporte les trois dernières molaires du côté gauche. — Usage d'un appareil prothétique rétablissant la phonation et la mastication depuis trois années.* Le capitaine P***, âgé de cinquante-cinq ans, au début de la bataille de Magenta, est atteint par une balle. Le projectile, dirigé obliquement, pénètre à travers la lèvre, au niveau de la fosse canine du côté gauche, brise toute l'étendue de l'arcade dentaire dans ses parties antérieure et latérale droite (fig. 4), et vient sortir à la partie moyenne de la

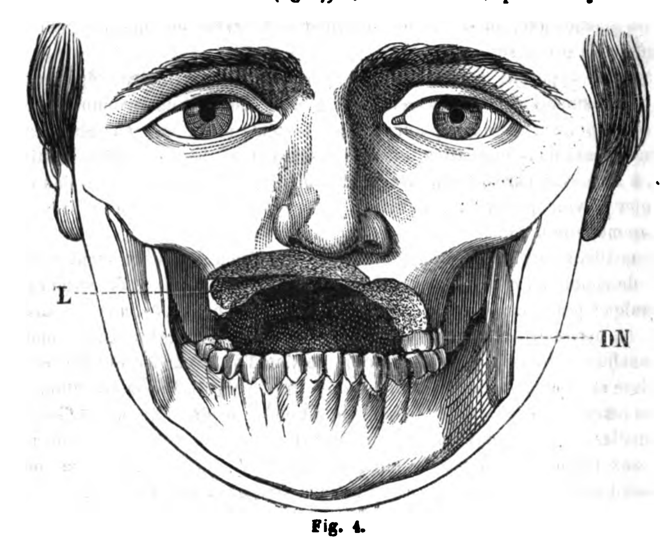


Fig. 4.

joue du même côté. Au moment où le capitaine P*** fut blessé, il commandait un mouvement à sa compagnie, par conséquent sa bouche était largement ouverte ; il dut à cette circonstance de ne pas avoir la branche droite de sa mâchoire inférieure également fracturée. La commotion fut considérable, et lorsqu'il put se rendre compte de son état, il se crut mortellement atteint, et eut l'idée de se précipiter sur les rangs ennemis, afin de se faire tuer de suite. La crainte de ne pouvoir conserver son équilibre le ramena à une pensée plus sage ; il descendit de cheval et chercha à gagner une ambulance. Il dut venir jusqu'à Buffalora ; là, le chirurgien lui enleva vingt-cinq à trente esquilles à l'aide de ses doigts, afin de prévenir une hémorrhagie. Le blessé, qui ne comprenait pas la sagesse de cette pratique, la taxait de brutale. Les suites de cette blessure furent des plus simples ; le capitaine, quelques jours plus tard, fut conduit à Milan, puis ramené à l'hôpital du Val-de-Grâce, où il entrait le 20 août 1859, afin de faire constater son état et réclamer sa retraite. L'intéressant mutilé, par suite de la perte de substance subie par sa mâchoire supérieure ne pouvait se nourrir que de potages, en outre l'articulation des sons, ainsi que le timbre de la voix étaient

profondément altérés. Le professeur Monnier pensa que la prothèse ne serait peut-être pas impuissante dans ce cas ; il pria M. Preterre de venir visiter son malade, et, après les renseignements qu'il en reçut, lui confia la réparation de cette arcade dentaire.

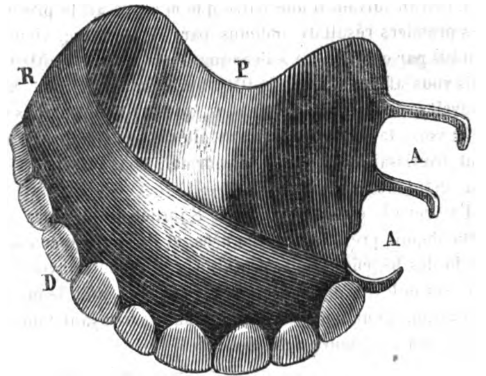


Fig. 5.

Le problème se réduisait à construire une pièce garnie de dents artificielles pour rétablir la mastication des aliments, et présentant à sa partie antérieure un bourrelet destiné à soulever la lèvre supérieure et à rétablir par là l'harmonie des traits du visage. Les figures ci-jointes montrent comment M. Preterre a rempli ces diverses indications. Nous avons donné plus haut la figure représentant l'étendue de la lésion L, ainsi que les trois dents restantes DN par lesquelles l'appareil devait être supporté (fig. 4).

La figure 5 montre cet appareil vu par sa face supérieure ; il se compose d'une partie en vulcanite R, destinée à combler la perte de substance, et montée sur une base en or P, à laquelle sont fixés les anneaux AA destinés à fixer la pièce.

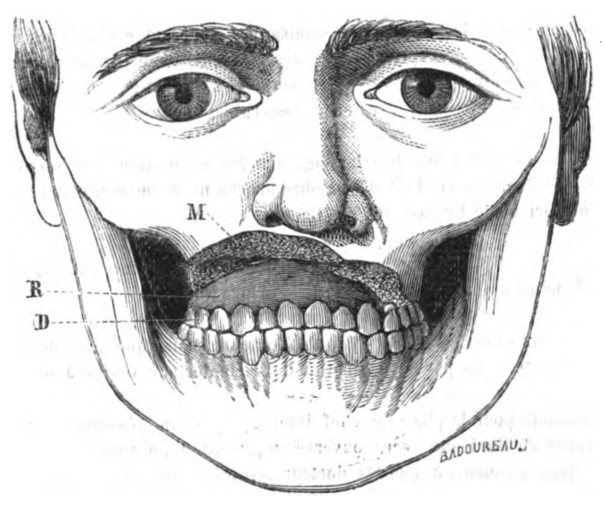


Fig. 6.

La figure 6 représente l'appareil en place ; R est le remplissage en vulcanite s'opposant à l'affaissement de la lèvre supérieure et servant en même temps de base aux dents artificielles D. Ce n'est que par l'adaptation la plus exacte de la pièce que l'on a réussi à la faire tenir sur les trois dents restantes. Les lèvres ont

été supprimées dans ces dessins, afin de mettre la restauration mécanique mieux en évidence.

L'extrait suivant d'une lettre que m'adressait le professeur Monnier, au sujet des premiers résultats obtenus par M. Preterre, vient témoigner des services rendus par cette pièce à l'époque où le malade quittait le Val-de-Grâce : « Je puis vous affirmer que M. P***, après sa mutilation, ne se nourrissait et ne pouvait se nourrir que de potages, que l'articulation des sons, ainsi que le timbre de la voix étaient profondément altérés, et qu'après l'adaptation de l'appareil tout paraissait revenu à l'état normal, sous le rapport de la phonation comme sous celui de la mastication. »

J'ai revu le capitaine P***, le 8 juillet 1862, alors qu'il faisait usage de sa pièce depuis près de trois années, et j'ai pu me convaincre qu'il n'avait rien perdu des bénéfices de la prothèse. J'ai déjeuné avec lui, et si le capitaine n'avait pas enlevé son appareil avant le repas, afin de me montrer l'étendue de sa mutilation, je ne me fusse jamais douté, en voyant fonctionner ce convive, qu'il portait une mâchoire artificielle.

Un comité consultatif chargé de l'examen de toutes les questions relatives à l'hygiène et au service médical des hôpitaux vient d'être établi sous la présidence du ministre de l'intérieur. Sont nommés vice-présidents : MM. le préfet de la Seine, le préfet de police, M. Dumas, M. Rayer. Les membres sont : MM. Cl. Bernard, Blanche, conseiller d'Etat, Bouchardat, Bouillaud, Boulu, Combes, Devergie, Gilbert, architecte, Jobert (de Lamballe), Lavalle, architecte, Michel Lévy, de Lurieu, inspecteur des établissements de bienfaisance, Malgaigne, Mélier, le général Morin, Parchappe, Payen, Regnault, Reynaud, inspecteur du service de santé de la marine, Tardieu, Trousseau, de Watteville, inspecteur des établissements de bienfaisance. Pourront être appelés, à titre consultatif, aux délibérations du comité les médecins et chirurgiens qui auront proposé des améliorations dans l'hôpital auquel ils sont attachés. Sont nommés secrétaires du comité : MM. Tardieu et Devergie.

La Société universelle d'ophthalmologie tiendra sa première session annuelle à Paris les 30 septembre, 1, 2 et 3 octobre prochains, à une heure, dans la salle du Grand-Orient de France, 16, rue Cadet.

M. le docteur Ricord, membre de l'Académie de médecine, est nommé médecin ordinaire de la maison de S. A. I. le prince Napoléon.

Le concours ouvert à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, pour une place de médecin adjoint, s'est terminé par la nomination de M. le docteur Achille Janot.

Un concours pour la place de chef interne, médecin résidant, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, sera ouvert le mercredi 26 novembre prochain. Ne seront admis à concourir que les docteurs en médecine et en chirurgie non mariés ou veufs sans enfants. Les inscriptions seront reçues jusqu'au 28 octobre inclusivement, au secrétariat de l'administration des hospices à Bordeaux. La durée des fonctions de chef interne est de trois ans ; il est nourri, logé, chauffé et reçoit un traitement annuel de 1,200 francs.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Sur l'emploi de la ciguë dans les engorgements chroniques monoarticulaires chez les scrofuleux.

Par M. A. Laboulbène, médecin des hôpitaux et professeur agrégé à la Faculté de médecine, etc.

L'histoire des médicaments dont l'action est très-facile à constater nous présente, à diverses époques et suivant les observateurs, des périodes d'engouement bientôt suivies d'une proscription souvent injuste, et parfois d'un oubli complet. Tel a été le sort de diverses substances célèbres, entre autres des composés d'antimoine, de mercure, etc. Dans un ordre plus secondaire, nous pouvons dire qu'aucune plante médicinale n'a été tour à tour ni plus vantée, ni plus discréditée que la ciguë.

Si Pline et Avicenne regardaient la ciguë comme utile pour guérir les tumeurs et les ulcères cacoèthes, Stôrk, vers la seconde moitié du dernier siècle, exalta les propriétés de cette plante, et la proposa comme le spécifique des tumeurs et des cancers ; on sait qu'à cette époque ces deux termes étaient trop souvent synonymes. Les émules de Stôrk outrèrent, comme toujours, les idées du maître, mais l'expérience démontra que l'engouement pour la ciguë n'était malheureusement pas appuyé sur la majorité des faits. Le discrédit, puis l'oubli succédèrent à un enthousiasme irréfléchi.

Cependant de respectables médecins, à la tête desquels vient se placer Marteau de Grandvilliers, le judicieux auteur des *Maux de gorge observés à Aumale*, avaient observé l'efficacité de la poudre et de l'extrait de ciguë dans certains engorgements de diverse nature. Les faits rapportés par cet auteur dont j'avais, au sujet des angines, apprécié la sagacité et la bonne foi, m'avaient frappé. Connaissant d'ailleurs, à côté de ces résultats, ceux qu'avaient obtenus Hufeland et M. Bazin dans le traitement des scrofules par la ciguë, j'ai donné à mon tour cette substance dans des cas bien définis. J'ai obtenu des améliorations rapides et des succès que je vais faire connaître.

J'avais tenu note de trois cas observés depuis plusieurs années, quand j'ai eu deux nouvelles occasions d'employer la ciguë pendant le service d'intérim que je fais à l'Hôtel-Dieu en ce moment en remplacement de M. Barth. Les résultats contrôlés par les élèves et les personnes qui suivaient les visites ont vivement frappé plusieurs médecins qui en étaient témoins, et ils en ont paru très-surpris. Ces motifs m'engagent à appeler l'attention des prati-

ciens sur une médication exempte de dangers, et efficace dans une affection rebelle aux ressources de la thérapeutique.

Voici, sans plus de préambules, les faits sur lesquels s'appuie ce travail ; je discuterai plus tard leur véritable signification et l'enseignement qu'ils renferment.

Obs. I. *Engorgement péri-articulaire considérable du coude droit, survenant après un rhumatisme mono-articulaire. — Scrofule. — Emploi de la ciguë. — Guérison.* — M. X***, Gaston, dix-huit ans, né près de Rouen, a toujours vécu dans l'aisance. Sa mère m'apprend que son mari est mort de la poitrine, et qu'elle a une fille, sœur cadette du malade, dont la santé n'est pas très-bonne. Dès son enfance Gaston a été atteint d'ophthalmie rebelle, guérie aujourd'hui, mais qui a dégarni en majeure partie les paupières de leurs cils, et qui a laissé deux petites taies sur l'œil gauche. Les ganglions du cou ont été engorgés ; il existe actuellement des cicatrices irrégulières, et d'une teinte un peu vineuse au côté gauche du cou. Les maladies antérieures ont été la rougeole, la scarlatine, et le rhumatisme dont il va être question.

Le malade est d'une constitution chétive, peu développé pour son âge, blond, à chairs rosées et un peu bouffies. Il a peu de force musculaire, et s'essouffle facilement. L'auscultation et la percussion de la poitrine faites avec grand soin ne donnent qu'un résultat négatif pour la tuberculisation pulmonaire ; le cœur a ses dimensions normales, et bat soixante-quatre fois par minute ; le pouls est régulier.

Les fonctions digestives s'exécutent bien. Gaston X*** est grand mangeur, et il a parfois de la diarrhée ; mais l'abdomen est souple, il n'existe aucun indice de tuberculisation péritonéale ou mésentérique. L'action du système nerveux s'exécute normalement ; l'intelligence est même très-développée.

Il y a huit mois que le malade a été pris de douleurs assez vives dans les articulations (novembre 1856). Ces douleurs n'avaient pas un caractère d'acuité très-prononcé. Bientôt, au dire de la mère du malade, elles se fixèrent dans le coude droit. Le médecin qui soigna Gaston X*** à cette époque appela nettement la maladie *un rhumatisme*, et il employa des sangsues dont on voit encore aujourd'hui les marques cicatricielles sur le coude. On fit successivement usage de frictions mercurielles et belladonées, de cataplasmes, de bains et de douches sulfureuses ; mais l'articulation resta engorgée, douloureuse, et les mouvements y devinrent sinon absolument impossibles, du moins très-difficiles.

Aujourd'hui (15 juin 1857) l'articulation huméro-cubitale droite est gonflée, arrondie, déformée dans son aspect extérieur; sans rougeur anormale, mais la peau est lisse et tendue. On sent un empâtement péri-articulaire assez rénitent, et la pression est douloureuse. Les mouvements sont difficiles; le malade dit qu'il souffre beaucoup pendant ceux-ci, et il tient le membre supérieur presque fléchi à angle droit. Je parviens cependant à faire exécuter des mouvements de flexion et d'extension, mais très-bornés et avec des craquements articulaires légers. Je parviens aussi à imprimer des mouvements de pronation exagérée, et même de supination, mais ils sont très-douloureux. Toutefois, je constate que le gonflement péri-articulaire est prédominant, et que les surfaces articulaires ne sont pas fortement lésées.

Je note encore la présence d'un gonflement périostique sur le second métacarpien de la main gauche. Je rapporte ce gonflement à la scrofule dont ce jeune homme est atteint.

Après avoir rassuré le malade et sa mère, qui désespèrent de la guérison, je prescris 1° la *tisane de feuilles de noyer, et 5 centigrammes d'extrait de ciguë mêlés à 5 centigrammes de poudre de ciguë* pour une seule pilule par jour; augmenter d'une pilule par semaine jusqu'à 4 pilules par jour; 2° des frictions sur le coude avec la *pommade suivante : Extrait de ciguë*, 10 *grammes, incorporés à* 30 *grammes d'axonge;* 3° régime animalisé, tonique, vin généreux.

Trois mois après (août 1857), j'ai revu M. Gaston X*** au Havre, et j'ai constaté une amélioration très-remarquable. Le gonflement avait considérablement diminué, les douleurs étaient amoindries, la santé générale excellente. J'engageai Mme X*** à faire prendre à son fils les bains de mer à la lame, de deux minutes, et à lui faire exécuter des mouvements progressifs d'extension et de flexion de l'avant-bras sur le bras. Le malade me fit remarquer l'amélioration survenue dans l'état du métacarpien gauche, qu'il avait de lui-même frotté avec la pommade cicutée.

J'ai revu M. Gaston une année après au Havre (1858), et la guérison pouvait être considérée comme parfaite. Les mouvements étaient libres; l'articulation, quoique plus grosse que celle du côté opposé, laissait apercevoir les saillies osseuses par le palper, sans qu'on trouvât un tissu épais et rénitent intermédiaire. Le métacarpien de l'index gauche n'offrait qu'une très-légère nodosité. M. Gaston avait continué le traitement pendant cinq mois, et il n'avait pas dépassé la dose de 4 pilules.

Quand ce malade est venu me consulter, j'étais sous l'impression des résultats que Marteau de Grandvilliers, dont j'étudiais les travaux sur les angines pseudo-membraneuses, avait obtenus par l'emploi de la ciguë. J'ai donné les préparations de ciguë sous cette influence, et on a pu voir combien j'avais heureusement réussi. Le fait suivant n'a pas été moins favorable à cette médication.

Obs. II. *Rhumatisme poly-articulaire, puis mono-articulaire du poignet gauche. — Scrofule. — Emploi de la ciguë. Guérison.* — Car..., Paul, trente-deux ans, maçon, a travaillé dans les constructions des égoûts pendant plusieurs mois. Il est d'une constitution assez bonne, mais il a fait des excès de boisson. Il n'a jamais eu de crachemeut de sang ; il s'enrhume facilement l'hiver ; il a, dit-il « la poitrine grasse. »

Le malade a les paupières gonflées et rouges à leur bord interne et sur la face profonde ; le nez est large, épaté, et il porte des cicatrices d'abcès ganglionnaires des deux côtés du cou. Il se rappelle fort bien avoir été maladif pendant son enfance, et avoir été très-sujet « aux gourmes. » A vingt ans, il a eu un chancre induré suivi d'une roséole, de maux de gorge, d'alopécie, etc. Il a été se faire soigner dans un hôpital, et depuis il n'a plus eu de manifestations syphilitiques.

Enfin, il y a cinq mois, il a été pris de rhumatisme à la suite de son séjour prolongé dans des endroits souterrains où il a travaillé depuis son arrivée à Paris. Il a été traité à la Charité par le sulfate de quinine. Le rhumatisme paraît avoir été d'abord poly-articulaire, puis il s'est localisé sur le poignet gauche. Sorti de l'hôpital, le malade s'est fait admettre dans un autre, puis il a été des services de médecine à la consultation de chirurgie, et on lui a conseillé en dernier lieu d'appliquer deux moxas pour résoudre l'engorgement du poignet. On lui a même, dit-il, parlé d'amputation probable, si on n'employait pas des moyens énergiques.

9 juillet 1857. Le poignet gauche est tuméfié, et la main infléchie assez fortement. La peau est tendue, luisante, sans rougeur, sans chaleur. La pression fait éprouver de la douleur sourde, et le mouvement d'extension de la main sur l'avant-bras est impossible. La partie dorsale du poignet est bien plus tuméfiée et volumineuse que la face palmaire. L'engorgement péri-articulaire est molasse, rénitent, ne garde pas l'impression du doigt qui presse ; on y sent une fausse fluctuation.

Les articulations du coude et de l'épaule sont un peu gênées dans

leurs mouvements, probablement à cause de l'immobilité relative où les laisse le malade.

Je prescris *la tisane de houblon* ; 2 *pilules de ciguë*, renfermant chacune 0,05 centigrammes d'extrait, et 0,05 centigrammes de poudre ; des frictions sur le poignet avec *la pommade à l'extrait de ciguë*, 10 grammes d'extrait pour 30 grammes d'axonge. Nourriture fortifiante. Séjour à la campagne, où le malade désire aller chez un compatriote. Un mois après, Carrère m'écrivait qu'il avait suivi ponctuellement son ordonnance, qu'il avait pris d'abord 2 pilules, puis 3 au bout d'une semaine ; la troisième semaine 4, et qu'il en était à 5 pilules. Il se trouvait mieux, le poignet « se dégonflait ; » les mouvements étaient plus faciles, et les douleurs moins vives.

Je fis porter la dose à 6 pilules, et je prescrivis de faire de la gymnastique de l'articulation radio-carpienne pour lui rendre la totalité des mouvements, si c'était possible. J'ajoutai le sirop d'iodure de fer.

Au mois d'octobre, j'ai revu Carrère, qui allait fort bien. Au lieu du malade découragé et affaibli, j'ai retrouvé un ouvrier en état de travailler. Le poignet avait récupéré la presque totalité de ses mouvements, le gonflement existait encore un peu à la partie dorsale, mais il n'était plus douloureux.

J'ai fait voir ce malade à mon regretté maître Legendre, qui lui conseilla de prendre encore pendant longtemps la tisane de houblon et l'iodure de fer. Carrère devait continuer aussi l'usage des frictions cicutées, qui lui avaient si bien réussi.

Le sujet de l'observation qui suit était un chef d'atelier de serrurerie que j'ai soigné conjointement avec Legendre. C'était un malade scrofuleux ayant eu une carie digitale et dont le genou droit était dans un état très-inquiétant comme pronostic. Je n'ai pas revu ce malade, mais l'amélioration était sensible deux mois après le commencement du traitement.

Obs. III. *Engorgement périarticulaire de l'articulation fémoro-tibiale droite. — Scrofule. — Emploi de la ciguë. — Amélioration notable.* — V***, Louis, chef d'atelier, d'une constitution ordinaire, âgé d'environ trente ans, avait eu des manifestations évidentes de scrofule dans sa jeunesse. Il avait perdu deux phalanges de l'annulaire gauche, à la suite d'une carie des os. Sa mère était morte poitrinaire. Du reste, bonne santé habituelle ; comme maladies antérieures, fièvre typhoïde à vingt ans, et une fluxion de poitrine quatre ans après. Pas d'hémoptysie, pas de toux, pas de sueurs nocturnes, ni d'amaigrissement. Appétit bien conservé jusque dans ces derniers temps, pas de diarrhée habituelle.

Il y a un an environ qu'à la suite soit d'un refroidissement, soit d'une chute ou d'un coup (les renseignements sont contradictoires à ce sujet), le malade a ressenti une douleur sourde dans le genou droit. Cette douleur a eu lieu autant en dehors qu'en dedans de l'articulation; les mouvements étaient douloureux et gênés, mais possibles. On ne peut savoir positivement si d'autres articulations ont été prises en même temps et s'il y a eu du rhumatisme subaigu ; ce qui est certain, c'est que la fièvre a été très-modérée, le soir seulement le malade se sentait brûlant et avait de la sueur.

Depuis trois mois le gonflement avait fait de tels progrès, que M. V*** a dû quitter son travail et s'aliter. L'état est resté stationnaire, le mal n'augmentant ni ne diminuant, lorsque M. Legendre me conduit chez ce malade (8 novembre 1857).

Le genou est le siége d'un engorgement chronique ; il existe peu de liquide dans l'articulation, et on ne parvient à obtenir, en refoulant les parties molles, qu'un léger choc rotulien peu étendu. La coloration de la peau n'est pas changée. Les creux sus et sous-rotuliens ont disparu, la sensation qu'éprouve le doigt en pressant le genou est celle de fongosités manifestes et d'un léger froissement. Les mouvements sont impossibles et les douleurs, sourdes ordinairement, deviennent aiguës si le malade veut fléchir l'articulation.

Après nous être assuré par l'auscultation thoracique et par la palpation abdominale qu'il n'existe aucune lésion organique tuberculeuse appréciable, nous prescrivons la tisane de feuilles de noyer et les *pilules* dont j'ai déjà indiqué deux fois la composition, enfin les frictions avec la *pommade à l'extrait de ciguë.*

Un mois après le commencement du traitement, l'amélioration était trop peu manifeste pour qu'on pût la noter avec certitude. La dose avait été portée à 5 pilules seulement, parce que M. V*** avait eu des malaises, des envies de vomir, des vertiges, ce qu'il attribuait au médicament qu'il avait pris et dont il redoutait l'action.

Vers la fin de décembre 1857, il était survenu un mieux sensible dans l'état du genou; le gonflement persistait, mais bien moins fort, la douleur sourde s'était calmée, les mouvements devenaient plus faciles.

J'ai perdu alors ce malade de vue.

Il est certain que ce malade a été scrofuleux, mais je n'ai jamais pu savoir positivement s'il avait ou non été rhumatisant et si l'engorgement du genou succédait à une attaque de rhumatisme

subaigu. La mort si regrettable de Legendre, arrivée au commencement de janvier 1858, m'empêcha de compléter l'observation du malade; mais je puis affirmer que l'action de la ciguë se faisait sentir chez lui et d'une manière favorable.

Les deux observations qui suivent ont été recueillies par M. Hémey, élève très-distingué des hôpitaux, qui remplissait les fonctions d'interne à l'Hôtel-Dieu.

Obs. IV. *Rhumatisme mono-articulaire chronique du genou droit. — Scrofule. — Emploi de la ciguë. — Guérison.* — La nommée Mayer, Rosalie, âgée de vingt ans, couturière à Paris, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, n° 4, le 20 février 1862. Le père de la malade est jeune encore et jouit d'une bonne santé; il a quarante-quatre ans, ne tousse jamais et jamais il ne s'est plaint de douleurs dans les articulations; la mère de cette jeune fille est morte à trente ans, d'une affection de poitrine, et, comme elle a toussé pendant plusieurs mois, il est ici permis de supposer une tuberculisation, sans toutefois pouvoir l'affirmer, d'après le peu de renseignements obtenus de la malade, trop jeune encore à la mort de sa mère pour se souvenir des détails de sa maladie.

Née dans une petite ville de province, où le travail du père mettait la famille à l'abri du besoin, Rosalie Mayer, fille unique, ne vit se développer chez elle les premiers symptômes de la scrofule que vers l'âge de neuf ans; jusque-là bien portante, elle affirme n'avoir eu ni boutons, ni ophthalmies; mais à cette époque elle eut un abcès à l'aine, l'année suivante elle en eut un autre au cou, et tous les deux ans, jusqu'à l'âge de dix-huit ans, de nouveaux abcès parurent dans cette région. Elle fut réglée à quinze ans, et, depuis ce moment, elle le fut assez régulièrement.

Cette fille n'avait pas encore eu la moindre douleur dans les articulations, depuis quatre ans qu'elle habitait Paris; mais depuis cinq mois seulement elle occupait un rez-de-chaussée humide et sombre. Ce fut le 15 février qu'elle éprouva pour la première fois des douleurs assez vives dans les articulations du bras gauche; le lendemain, toute la douleur s'était portée dans le genou du côté droit; bientôt cette douleur fut très-vive, la marche devint impossible, et la malade se fit transporter à l'hôpital.

A son entrée, l'aspect général est le suivant: c'est une femme de petite taille, assez maigre et très-pâle, les muqueuses sont décolorées; à l'aine et au cou on aperçoit les cicatrices des abcès déjà signalés; elle ne tousse pas, et l'auscultation ne donne aucun signe de tuberculisation, mais il y a au cœur un bruit de souffle anémique,

au premier temps et à la base, puis un double bruit de souffle dans les carotides. Le genou était gonflé, contenait un peu de liquide; les douleurs, déjà vives au repos, s'exagéraient par les mouvements et par la pression; la peau de la région était tendue et beaucoup plus chaude que celle des parties environnantes; était-ce un rhumatisme monoarticulaire? On chercha de suite s'il n'y avait pas de blennorrhagie, mais rien ne vint à l'appui de cette idée; il n'y avait pas non plus d'antécédents syphilitiques. Pendant quinze jours des frictions calmantes, des cataplasmes laudanisés furent appliqués sur l'articulation, sans que les douleurs fussent notablement calmées. Vers le 15 mars, l'inflammation, toujours vive, semblait s'étendre au fémur; il y avait un gonflement notable de la partie inférieure de cet os; alors on fit une application de 20 sangsues, les douleurs furent calmées momentanément, mais bientôt elles reparurent; on fit des frictions avec l'onguent mercuriel belladoné en continuant les cataplasmes. Malgré ses douleurs, la malade n'avait le plus souvent pas de fièvre; aussi traitait-on son état chlorotique par des pilules d'iodure de fer (2 pilules de $0^{g},10$ chacune par jour), et le vin de quinquina. Le gonflement de l'articulation et du fémur restait stationnaire; la douleur ne diminuait que par instants, quand M. Laboulbène commença, le 10 avril, le traitement par la ciguë.

Pendant plus d'un mois et demi depuis le début de l'affection, les calmants et les résolutifs n'avaient obtenu aucune amélioration. La malade souffrait beaucoup et poussait des cris de douleur toutes les fois qu'il fallait arranger son lit, dans lequel elle prenait les positions les plus bizarres pour apaiser ses souffrances. Dès le 10 avril elle prit donc, par jour, 2 pilules composées chacune de :

Poudre de ciguë....................	5 centigrammes.
Extrait de ciguë...................	5 centigrammes.

Elle fit en même temps des frictions avec la pommade suivante, contenant :

Axonge..............................	30 grammes.
Extrait de ciguë......................	10 grammes.

Le 4 mai, au bout de trois semaines de ce traitement, les douleurs étaient beaucoup moindres dans le genou, la peau moins luisante et moins tendue, et la partie inférieure du fémur était notablement diminuée pour les personnes qui n'avaient pas examiné la tumeur depuis quelque temps; de plus la jambe, demi-fléchie, commençait à rentrer dans l'extension.

Le 10 mai, la malade prend quatre pilules de ciguë par jour; la

pommade est continuée, ainsi que son traitement tonique; dès ce jour, le mieux se continue, le gonflement diminue peu à peu, et six semaines plus tard, le 30 juin, cette fille peut marcher dans la salle, en se soutenant avec une chaise, qu'elle fait glisser devant elle.

Le 1er août, l'état de la malade est très-satisfaisant : les muqueuses sont plus colorées, le souffle au cœur est presque nul ; il persiste encore, mais léger, dans les carotides ; quant à l'articulation, le gonflement est à peine sensible, il reste encore un petit bourrelet fongueux à la partie externe, le fémur est sensiblement de la même grosseur que celui du côté sain ; toutefois, les mouvements sont encore peu étendus dans l'articulation, à cause de la douleur qu'ils provoquent, cependant la malade peut marcher avec précaution et cela sans souffrance.

La malade qui fait le sujet de la cinquième observation offre l'exemple d'une guérison beaucoup plus prompte ; on pourra voir que dans ce dernier cas l'on n'avait pas à combattre, comme précédemment, une diathèse scrofuleuse, dont les manifestations étaient à peine arrêtées depuis deux ans chez la jeune fille de l'observation précédente.

Obs. V. *Engorgement du coude droit, datant d'un mois et demi. — Emploi de la ciguë. — Guérison.* — La nommée Turbet Sidonie, âgée de trente-cinq ans, exerçant la profession de giletière, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, n° 28, le 26 juin 1862. Du côté de ses parents, cette femme ne présente aucun antécédent héréditaire ; la mère est encore bien portante et âgée de soixante-cinq ans, son père est mort à cinquante-cinq ans, d'une façon subite, en parlant, à ce qu'il paraît, et ni l'un ni l'autre n'ont jamais eu de douleurs rhumatismales ; quant à la malade elle-même, elle n'a jamais eu dans son enfance ni ganglions engorgés, ni ophthalmies, et, jusqu'à ce jour, elle se souvient ne s'être alitée que pour une fièvre scarlatine ; jamais non plus de douleurs rhumatismales ; elle habite un logement sec, au quatrième étage. L'interrogatoire de cette malade ne fait donc découvrir dans ses antécédents ni scrofules, ni rhumatisme, ni syphilis, et, le 10 mai, elle est prise subitement, après son travail, d'une douleur vive dans le coude, qui s'irradie dans tout le membre ; elle se traite d'abord chez elle ; des frictions sont faites sur l'articulation, des cataplasmes laudanisés, un vésicatoire, sont aussi appliqués, et, le 26 juin, un mois et demi environ après le début de l'affection, la malade entre à l'Hôtel-Dieu. A ce moment l'articulation est tuméfiée, la peau est tendue et brillante, la palpation donne la sensation de fongosités élastiques et

mollasses; il y a douleur au toucher, les mouvements sont impossibles. Le 28 juin, M. Laboulbène commence le traitement par la ciguë :

Pilules de 10 centigrammes.

Poudre de ciguë..............................	5 centigrammes,
Extrait de ciguë..............................	5 centigrammes.

et friction avec la pommade suivante :

Axonge..............................	30 grammes.
Extrait de ciguë..............................	10 grammes.

La malade prend d'abord deux pilules par jour, puis, le 5 juillet, elle en prend quatre; on lui donne aussi quelques bains de bras, avec : feuilles de morelle et têtes de pavots; les frictions avec la pommade ci-dessus indiquée sont faites deux fois par jour. Il est inutile de suivre pas à pas l'amélioration qui survint rapidement; mais le 23 juillet, après moins d'un mois de traitement, la douleur et le gonflement n'existent plus, tous les mouvements sont possibles et complets, à l'exception cependant de la supination; ce mouvement ne peut s'achever sans douleur, on perçoit aussi facilement quelques frottements dans l'articulation. Le 2 août 1862, les mouvements du membre se font avec souplesse, et la malade sort complétement guérie.

Il est indispensable présentement de préciser les faits qui précèdent et d'en faire ressortir la valeur thérapeutique. J'ai à peine besoin de faire remarquer le soin que j'ai eu à donner *exclusivement* la ciguë, aidée d'un bon régime.

Tous les malades ont offert des engorgements chroniques articulaires siégeant principalement autour des articulations du coude, du poignet, du genou. Ces engorgements offraient la rénitence, la fausse fluctuation des tumeurs blanches commençantes; je crois pouvoir dire qu'ils présentaient anatomiquement l'infiltration d'une substance épaisse, gluante, parsemée d'éléments embryo-plastiques dont j'ai indiqué les caractères dans mes *Recherches sur les affections pseudo-membraneuses*, p. 258.

J'ai eu le soin de faire voir que la plupart de ces engorgements succédaient au rhumatisme mono-articulaire ou tout au moins au rhumatisme, qui se fixait rapidement sur une articulation qu'il ne quittait plus. Cependant on aura dû remarquer dans l'observation troisième, que le rhumatisme n'est pas prouvé et que la dernière femme (Obs. 5e) n'a pas eu de rhumatisme.

Aucun des malades n'a présenté de goutte ou de syphilis pouvant expliquer l'engorgement articulaire ou l'ayant provoqué. Dans

toutes les observations, sauf la cinquième, la scrofule est évidente, et on sait combien l'engorgement articulaire est fréquent et tenace dans ces conditions diathésiques ; c'est la constance de cette diathèse que j'ai voulu indiquer par le titre de mon travail. Toutefois le gonflement périarticulaire venu en dehors de la scrofule guérit par la ciguë, ainsi que le prouve l'observation cinquième, et si cela m'eût été permis, j'aurais cité une observation d'engorgement articulaire considérable, succédant à un rhumatisme du poignet droit, guéri de la même manière.

Le malade est maire d'une commune des environs de Paris, et il avait renoncé à guérir autrement que par l'ankylose, quand le traitement par la ciguë et la gymnastique des articulations radio-carpienne et des doigts lui ont procuré une guérison inespérée.

Quand on se rappelle la ténacité des engorgements articulaires chroniques, la gravité de leur pronostic, la difficulté de leur guérison, qui fait penser à l'ankylose et craindre l'amputation, n'est-il pas raisonnable d'essayer l'emploi d'une médication exempte de dangers et réellement efficace ? Je sais bien que malgré elle, il y aura encore trop de tumeurs blanches ; mais, sans me faire illusion, je crois que la ciguë peut rendre d'incontestables services dans les cas analogues à ceux que j'ai signalés.

En résumé, la ciguë me paraît devoir être utile, *intùs* et *extrà*, dans les cas d'engorgement mono-articulaire chronique, soit que ceux-ci succèdent ou non au rhumatisme. L'efficacité de la ciguë est incontestable chez les sujets scrofuleux, atteints d'engorgement mono-articulaire chronique.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Des canules et des dilatateurs employés dans la trachéotomie, spécialement dans le cas de croup.

Par M. Bouvier, médecin de l'hôpital des Enfants, membre de l'Académie impériale de médecine, etc.

De l'aveu de tous, aujourd'hui, l'ouverture de la trachée est la seule ancre de salut dans le croup, lorsque les petits malades paraissent dans un état désespéré ; heureux quand le succès de l'opération n'est pas compromis par les traitements intempestifs qui l'ont trop souvent précédée ! En dépit d'oppositions irréfléchies, dont le temps a fait justice, la trachéotomie a continué de sauver, dans une proportion notable, des enfants voués, sans elle, à une mort certaine,

et elle en sauverait davantage, si elle était plus universellement connue des praticiens. C'est ce qu'on ne saurait trop redire à nos confrères de Paris et des départements, et l'on peut, dans cette circonstance, leur adresser de nouveau, à propos de la trachéotomie, avec plus de raison encore qu'en 1748, ces paroles que Bergier leur adressait déjà à cette époque, pour les exciter à faire cette opération : « Courage donc, à l'œuvre, médecins, qui que vous soyez, qui ambitionnez la couronne civique : *Jam igitur macte animo, civicam quisquis coronam reportare cupis.* » Cependant, sans accorder que ce soit là « une des plus graves opérations de la chirurgie », comme le disait naguère notre éminent collègue M. Malgaigne, il faut reconnaître que, comme toute opération chirurgicale, la trachéotomie a ses accidents, ses dangers, et le public médical ne peut manquer d'accueillir avec bienveillance toute tentative ayant pour but de prévenir, d'atténuer ces accidents, ces dangers. — L'un de ces accidents de la trachéotomie sur lequel notre savant collègue M. Roger a présenté des remarques pleines d'intérêt, est l'ulcération de la trachée par la pression de la canule sur les parois de ce conduit. Que peut-on faire pour prévenir cette ulcération, qui va quelquefois jusqu'à perforer la trachée-artère? Telle est la question pratique soulevée par l'envoi à l'Académie de médecine de diverses canules de MM. Robert et Collin, Mathieu, Charrière.

Les canules trachéales ont joué un rôle immense dans l'application de la trachéotomie au croup. D'elles ont dépendu, en grande partie, d'abord les longs revers, puis les nombreux succès de cette opération. Un coup d'œil rapide sur les points principaux de leur histoire suffira, je l'espère, pour justifier cette assertion. Depuis Fabrice d'Aquapendente, qui, il y a près de trois cents ans, a décrit la première canule à trachéotomie, jusqu'à nos jours, il a existé deux types principaux de canules : 1° la canule que j'appellerai *latérale;* 2° la canule qu'on peut nommer *centrale* ou *tubante.* On ne se méprendra pas, je le suppose, sur le sens de cette dernière dénomination. Il a déjà été question de *tubage* à l'Académie de médecine ; mais il s'agissait de tubage du larynx, et je n'entends parler ici que du tubage de la trachée après la trachéotomie.

I. *Canule latérale.* — J'appelle *canule latérale* celle qui fait simplement communiquer avec l'extérieur un point de la circonférence de la trachée, en laissant d'ailleurs subsister la lumière de ce conduit. — Cette canule a régné plus de deux cents ans ; mais elle n'a été employée dans le croup qu'après 1765, date de l'ou-

vrage de Francis Home sur cette maladie, que cet auteur, comme l'on sait, a le premier décrite *ex professo*, et pour laquelle il a, le premier, conseillé la trachéotomie.

Droite ou courbe, cylindrique ou aplatie, simple ou double, quelquefois constituée par un bout de sonde de gomme élastique ou par la gaîne d'un trocart, tantôt assez courte pour s'arrêter derrière l'ouverture faite à la trachée, tantôt engagée plus ou moins profondément dans le conduit, sans le remplir, cette canule avait presque toujours le défaut d'ouvrir à l'air une voie trop étroite, encore rétrécie par les produits de sécrétion qui pouvaient s'y accumuler.

Une erreur de physiologie semble avoir été l'origine de cette faute de pratique : on voulait, disait-on, substituer à la glotte obstruée une glotte artificielle, *nova quasi glottis*, suivant l'expression de Bergier, et l'on ignorait les dimensions véritables de la glotte au moment de l'inspiration. Les expériences sur les animaux, les observations laryngoscopiques, n'avaient pas encore montré que l'ouverture de la glotte acquiert, à chaque inspiration, une largeur au moins égale à celle de la trachée, et l'on devait se figurer cette ouverture, pendant la vie, sous la forme d'une fente étroite, telle qu'elle se présente après la mort. De là sans doute la croyance où l'on était qu'une petite incision entre deux arceaux de la trachée ou dans l'espace crico-thyroïdien, qu'un petit tuyau placé dans cette incision, suffisaient au rétablissement et à l'entretien de la respiration dans le cas d'obstacle au passage de l'air à travers le larynx.

Imbue d'une pareille idée, la chirurgie devait rester longtemps stationnaire sur ce point. On n'est pas médiocrement surpris en voyant encore, tout près de nous, notre illustre maître Boyer, donner à la canule de la trachéotomie presque les mêmes dimensions que prescrivait Garengeot cent ans auparavant, *deux lignes et demie* ou cinq millimètres de diamètre au pavillon, et *une ligne et demie*, trois millimètres, à l'extrémité opposée; Garengeot avait indiqué *une ligne*, ou deux millimètres, pour cette dernière.

Quelques auteurs déjà anciens ont pourtant compris que, pour le croup, il fallait une plus large communication du conduit aérien avec l'extérieur; ils ont conseillé ou pratiqué, dans ce cas, l'incision longitudinale de plusieurs anneaux de la trachée, qui n'était de règle que pour l'extraction des corps étrangers, et que Louis, le premier, proposa timidement pour le cas d'obstruction de la glotte. C'est ainsi que le professeur Michaelis (de Marbourg), grand partisan, dans sa jeunesse, de la trachéotomie appliquée au croup, qu'il condamna plus tard, prescrivit, en 1778, d'opérer comme pour

l'extraction des corps étrangers. Chaussier posa le même précepte en 1800. Ce fut aussi le procédé adopté par Caron, chirurgien de l'hôpital Cochin, défenseur fanatique de la trachéotomie, qu'il pratiqua sans succès dans deux cas de croup.

Mais ces auteurs avaient moins en vue, dans cette circonstance, la libre entrée de l'air dans les poumons, que la sortie des fausses membranes et des autres produits de la secrétion bronchique ; ils ne songèrent pas à tenir leur large ouverture béante au moyen d'une canule proportionnée à ses dimensions. Michaelis et Caron ne veulent même pas qu'on se serve de canule après l'opération.

Je ne connais qu'un praticien, Maunoir (de Genève), qui ait agi à cet égard à peu près comme on le fait de nos jours. Après avoir incisé le canal aérien dans une étendue de deux centimètres, il plaça dans l'ouverture « une canule de plomb laminé, pénétrant dans la trachée d'environ deux centimètres, étant *presque aussi grande que ce canal*, se courbant au dehors en formant un angle d'environ 60 degrés, et fixée autour du cou par une bande cousue à deux ailerons ménagés à son extrémité. » L'enfant, qui n'avait pas trois ans, mourut le troisième jour, et le procédé employé passa inaperçu. Valentin lui-même, qui a publié l'observation de Maunoir, préfère l'incision de la membrane crico-thyroïdienne à la trachéotomie pour les cas, rares suivant lui, où le croup peut nécessiter l'opération.

Dans l'unique cas de croup guéri par la trachéotomie avant M. Bretonneau, en 1782, le chirurgien anglais Audree, suivant le récit assez vague de White, introduisit dans la plaie de la trachée une canule d'argent ou une sonde flexible, dont on ne dit pas les dimensions et qu'il fallut bientôt retirer, à cause d'une toux violente, continuelle, excitée par la présence de ce corps étranger. Ce succès fortuit ne pouvait donc rien apprendre sur cette partie importante de l'opération.

II. *Canule centrale ou tubante.* — Bretonneau, éclairé par deux insuccès et par des observations faites sur des chevaux munis de canules trachéales, reconnut enfin, en 1825, la nécessité de tenir la trachée largement ouverte ; il se servit d'une canule d'*un calibre proportionné à celui de la trachée*, qui, recourbée de manière à devenir parallèle à ce conduit, remplissait sa cavité, remplaçait celle-ci et, en un mot, *tubait* le canal aérien. C'était la canule de Maunoir, mais accompagnée cette fois d'une démonstration qui en établissait les avantages et d'un succès encore plus convaincant que la démonstration. Cette canule fit une révolution dans la pratique de la tra-

chéotomie; elle multiplia les cas heureux, et, avec quelques perfectionnements, elle finit par rendre vulgaire parmi nous une opération qu'on osait à peine conseiller naguère dans le croup.

On pouvait penser que, sans enfoncer l'instrument aussi avant, il suffisait de dilater ou de canaliser la plaie faite à la trachée. Bretonneau le supposa lui-même et revint à la canule latérale, en lui donnant seulement de plus fortes dimensions; il la composa de deux tubes droits, aplatis, emboîtés l'un dans l'autre; le tube extérieur était formé de deux moitiés ayant chacune la figure d'une tige de botte, pour ne pas pouvoir ressortir de la trachée, une fois qu'on les y avait introduites séparément et qu'on les avait assemblées. Un liége percé dans son centre entourait cette canule hors de la plaie et l'empêchait de s'enfoncer vers la paroi postérieure de la trachée. Cette canule, que Bretonneau a employée pendant dix ans, a été trouvée depuis des plus incommodes, et elle est aujourd'hui complétement abandonnée.

Gendron, qui en avait reconnu les inconvénients, revint à la direction courbe, qui fait descendre l'instrument le long de la trachée; mais, au lieu d'un tube, il employa deux lames parallèles presque plates, fixées à angle droit sur un cylindre contenant une vis, au moyen de laquelle leur écartement était réglé à volonté selon le degré d'ouverture que l'on voulait donner à la plaie. C'était un simple dilatateur, qui laissait la cavité de la trachée-artère à peu près libre. Cet instrument a paru avantageux dans la contrée qu'habitait Gendron, et un de nos honorables confrères de cette province en faisait encore dernièrement l'éloge. Cependant personne, que je sache, ne s'en sert à Paris, où l'on préfère la canule tubante.

Je ne ferai que mentionner le ressort-dilatateur de M. Maslieurat-Lagémard, qui n'agit pas d'une manière assez sûre pour mettre en garde contre la suffocation mortelle qu'on a vue résulter de l'obstruction subite de la plaie.

Un des principaux perfectionnements apportés à la canule tubante, c'est l'addition d'un second tube intérieur, que l'on retire à volonté pour le nettoyer, de manière à prévenir l'obstruction de la canule sans être obligé de la déplacer et de la replacer à tout instant. L'idée d'employer une canule double, après la trachéotomie, remonte, comme on sait, à 1730; elle fut alors suggérée à Georges Martyn par un de ses aides; mais elle ne fut mise en pratique que longtemps après. B. Bell fit ressortir les avantages de ce procédé, également conseillé plus tard par Michaelis et d'autres. Bretonneau l'appliqua, comme on l'a vu plus haut, à sa canule droite à tiges de

botte ; il conseilla même et employa un moment la double canule courbe actuelle. Celle-ci tomba ensuite dans l'oubli ; M. Trousseau ne l'en tira que vers 1841 ; M. Guersant l'adopta aussitôt, et depuis cette époque, son usage, de plus en plus général, a certainement contribué aux succès de la trachéotomie dans le croup.

Cependant la double canule courbe présente un inconvénient : c'est de décrire forcément un arc régulier, une portion de cercle ; autrement la canule intérieure ne pourrait parcourir le canal de la canule extérieure, ne pourrait être retirée et introduite à volonté. Or, la trachée-artère étant droite, le parallélisme ne saurait être exact entre elle et la partie de la canule qui plonge dans sa cavité. De là, au lieu d'une pression uniforme, un excès de pression de l'instrument sur certains points, notamment du sommet de la courbe, ou de sa partie la plus convexe, sur la paroi postérieure de la trachée, et de l'extrémité de la canule sur la paroi antérieure de ce canal. L'effet de cette pression peut encore être accrue par les mouvements de bas en haut et de haut en bas qu'exécute la trachée, ainsi que par ses inflexions en avant ou en arrière dans divers mouvements de la tête et du cou. On se fera une idée de cette pression par la déformation qu'une canule semblable imprime à une trachée-artère de cadavre, ou à un tube de caoutchouc représentant une sorte de trachée artificielle.

Plus la courbure sera prononcée, plus la canule pressera sur les points indiqués. Les canules de l'hôpital des Enfants décrivent un arc de 60 à 65 degrés, d'un rayon de 4 centimètres à 4 centimètres 1/2. Dans une communication adressée à l'Académie par M. Mathieu (séance du 2 mars 1858), cet habile fabricant établit que toutes les canules, de trois grandeurs différentes, doivent décrire des arcs parallèles de 90 degrés. Cette courbure est un peu trop forte, surtout pour les enfants.

Nous admettons bien, avec notre regrettable collègue Lenoir, que, si la courbure est trop faible, l'extrémité de la canule pourra presser outre mesure sur la paroi postérieure de la trachée ; mais cela signifie seulement qu'il y a des bornes qu'on ne doit pas dépasser.

Il est une circonstance qui tend à augmenter cette pression de la partie postérieure de la trachée par les canules à faible courbure : c'est le peu d'inclinaison de la plaque extérieure sur l'axe du tube. Dans beaucoup de canules, la plaque est fixée sur le tube à angle presque droit, de sorte que, lorsque l'instrument est placé, le bord supérieur de la plaque, dirigé trop en arrière, est repoussé en avant et fait basculer la canule, en portant son extrémité inférieure con-

tre la paroi postérieure du conduit aérien. On pare à cet inconvénient en donnant à la plaque une inclinaison d'environ 30 degrés.

On sait que, pour remédier aux pressions exagérées de la canule sur les parois de la trachée et aux ulcérations qu'elles produisent, M. Lüer a construit, à la demande de M. Roger, des canules à plaque mobile (fig. 1), dans lesquelles le corps de l'instrument ou le tube double qui le constitue est mobile en tous sens, et surtout d'avant en arrière, sur le pavillon en forme de plaque large et aplatie, qui reçoit les rubans destinés à fixer la canule autour du cou. Cela ne fait pas disparaître les pressions résultant forcément de la courbure de la canule; mais cela s'oppose du moins aux rudes frottements de la muqueuse trachéale contre le métal rigide, la partie tubulée de l'instrument pouvant suivre dans certaines limites les mouvements de la trachée, et, d'un autre côté, n'étant pas nécessairement entraînée avec la plaque dans les mouvements de la tête et du cou, ainsi qu'il arrive avec les canules ordinaires. Aussi ces nouvelles canules, perfectionnées par M. Charrière et par M. Lüer lui-même, sont-elles presque exclusivement en usage à l'hôpital des Enfants depuis deux ou trois ans. Un relevé présenté par M. Roger constate que les ulcérations de la trachée ont été un peu moins fréquentes, et surtout beaucoup moins graves dans cet établissement, depuis qu'on se sert de ces canules à plaque mobile. On leur a reconnu néanmoins un petit inconvénient : c'est d'échapper plus facilement de la plaie de la trachée par suite même du léger mouvement que le tube peut exécuter de bas en haut à travers l'ouverture de la plaque. Pour prévenir les accidents de suffocation qui peuvent en résulter, on a pris le parti, dans le service de mon excellent collègue et ami M. Blache, d'employer une canule ordinaire les premières vingt-quatre heures après l'opération, et de ne mettre la canule Lüer qu'à partir du second jour, époque à laquelle il est moins à craindre que la plaie se resserre immédiatement dans le cas où la canule viendrait à en sortir.

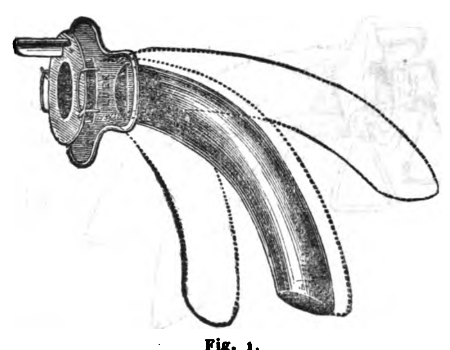


Fig. 1.

Divers autres mécanismes ont été imaginés, soit par M. Lüer lui-

même, soit par d'autres, avant ou après ses recherches, dans le but d'adoucir les pressions des canules sur la circonférence de la trachée, et de prévenir plus sûrement encore les ulcérations de ce conduit.

C'est ainsi que MM. Robert et Collin, fabricants d'instruments de chirurgie, ont adressé à l'Académie de médecine une canule (fig. 2), « qui se distingue, disent-ils, des autres canules à trachéotomie par une grande mobilité qui lui permet de suivre les mouvements de la trachée. » Cet instrument offre cela de particulier, que les rubans qui le fixent autour du cou, au lieu de traverser, comme dans les autres canules, de simples ouvertures pratiquées des deux côtés du pavillon, s'attachent à des ailettes triangulaires mobiles sur ce pavillon. Le point d'attache de ces ailettes à la plaque se trouve aux deux extrémités d'une ligne qui passerait au niveau de la paroi inférieure, ou antérieure, de la canule interne. Les inventeurs supposent que cette disposition permet à leur instrument de mieux suivre les mouvements de la trachée que les canules employées jusqu'ici. Cette assertion ne nous semble pas tout à fait exacte. En effet, ce n'est pas la résistance des rubans attachés autour du cou qui s'oppose le plus à ce que la canule se meuve avec le conduit aérien; elle peut tourner autour de ces rubans, monter et descendre en les entraînant avec elle, parce qu'ils sont trop peu tendus, trop peu rigides pour ne pas se prêter à ces légers déplacements. La mobilité des ailettes ajoute peu à l'étendue de ces mouvements. Le principal obstacle aux mouvements de la canule est constitué par la plaque qui forme son *pavillon*, et qui s'appuie plus ou moins fortement sur les parties molles par l'un ou l'autre de ses bords, quand les mouvements du cou ou de la trachée-artère tendent à changer la position de la canule. Voilà pourquoi la canule Lüer, mobile sur son pavillon, conserve ici une supériorité incontestable. Il est vrai que la canule de MM. Robert et Collin a un pavillon plus étroit et peut-être un peu moins fixe; mais il l'est encore trop, et ses petites dimensions l'exposent, en outre, davantage à presser sur la plaie par ses bords et à la meurtrir.

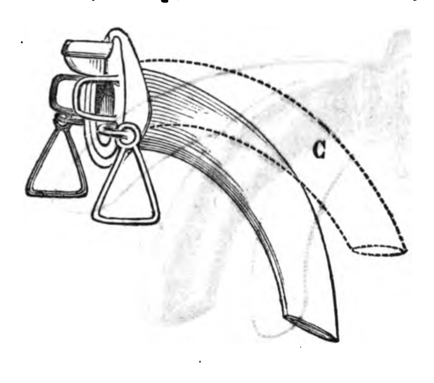


Fig. 2.

Avait-on construit, avant MM. Robert et Collin, des canules à ailettes ou à anneaux mobiles? Cette question pourra paraître oiseuse, si l'on partage notre manière de voir sur le peu d'importance de ce mode de construction ; nous devons néanmoins y répondre. Nous n'avons trouvé d'anneaux mobiles ni dans les nombreuses descriptions de canules réunies dans l'excellente thèse de Lenoir, ni dans celles que nous avons tirées de l'arsenal chirurgical de MM. Charrière, ni dans le mémoire intéressant publié par M. Chassaignac, ni ailleurs. Seulement, M. Charrière nous a assuré avoir fabriqué autrefois, à la demande de M. Guersant, des canules à anneaux mobiles, et M. Mathieu, ainsi qu'il l'a rapporté dans sa lettre du 11 juin 1861, avait adressé à l'Académie, dès le 2 mars 1858, un nouveau modèle de canule trachéale, à anneaux mobiles (fig. 3), construite d'après les indications de M. Chassaignac. Ces anneaux sont fixés sur le haut de la plaque, en arrière de l'ouverture de la canule, au lieu que les ailettes triangulaires de MM. Robert et Collin sont placées vis-à-vis le bord antérieur de cette ouverture. Cela peut rendre la canule de M. Mathieu un peu moins mobile que l'autre, et, en effet, cet habile fabricant dit, dans sa lettre de 1858, qu'il s'est proposé, en adoptant cette disposition, « d'empêcher la canule de basculer en avant ; » on sait que ce mouvement en avant est celui qui l'expose le plus à sortir de la plaie.

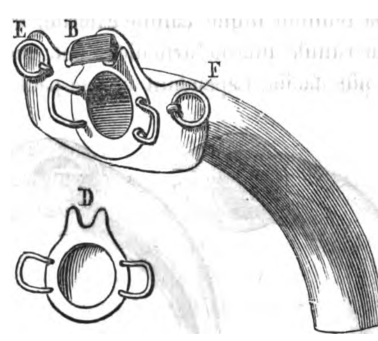


Fig. 3.

MM. Charrière, frappés de l'effet qui doit résulter du séjour d'un instrument courbe dans le tube droit représenté par la trachée, ont adressé à l'Académie une canule double d'un nouveau modèle (fig. 4, 5 et 6), qui devrait moins exposer, à leur avis, aux lésions les plus communes de la trachée, à celles de sa partie antérieure.

La canule externe de cet instrument (fig. 4), à l'instar de certaines canules simples anciennes, n'est curviligne que dans sa partie supérieure ; la partie inférieure, celle qui est logée dans le canal aérien, est droite. La canule interne (fig 5), pour pouvoir parcourir successivement ces deux portions du tube extérieur, est brisée près de son

extrémité, de manière que l'articulation de ses deux pièces lui permet de suivre, l'une après l'autre, les deux directions de la canule externe. On avait eu depuis longtemps l'idée de faire des canules articulées, composées d'anneaux comparables, jusqu'à un certain point, aux anneaux de la trachée-artère ; aussi MM. Charrière ne réclament-ils nullement la priorité de cette idée. M. Morel-Lavallée avait même déjà fait construire, il y a quelques années, une canule double, articulée à l'extrémité seulement, afin que cette extrémité pût s'infléchir en avant et en arrière dans les changements de forme et de direction de la trachée. Mais ce qui appartient spécialement à MM. Charrière, c'est la réunion d'une canule externe, formée d'une seule pièce, et d'une canule interne articulée. Cela rend le maniement de l'instrument plus facile. Cependant on ne peut se

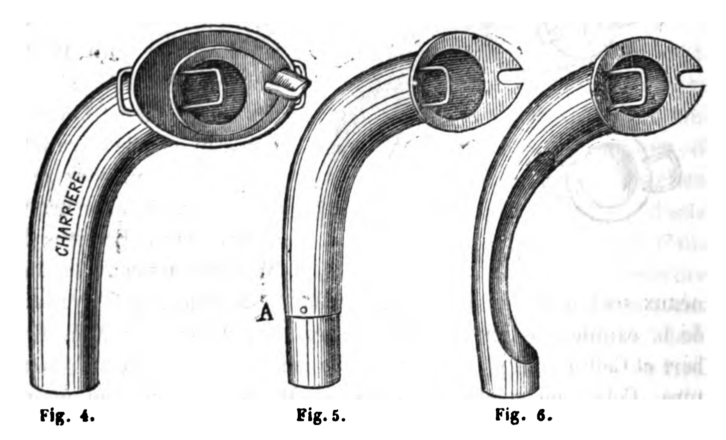


Fig. 4. Fig. 5. Fig. 6.

dissimuler que l'articulation, appliquée aux deux canules par M. Morel-Lavallée, prévient mieux une pression exagérée des parois trachéales. Elle a seulement l'inconvénient de former un hiatus, à travers lequel l'air peut passer dans le tissu cellulaire de la plaie et produire un emphysème.

Tout en reconnaissant à la canule de MM. Charrière l'avantage d'exercer moins de pression sur la partie antérieure de la trachée que la canule double ordinaire, nous lui trouvons, comme à celle-ci, l'inconvénient de ne pas se prêter suffisamment aux mouvements du conduit aérien. La mobilité du pavillon sur la canule, imaginée par M. Luër, devrait y être ajoutée pour qu'elle pût mieux remplir cette dernière condition.

D'ailleurs, il ne faut pas s'exagérer l'influence de la courbure de la canule sur la pression des parois trachéales. Cette influence est

peu sensible quand la courbure est faible, et l'on peut encore en diminuer l'effet en coupant un peu obliquement, à l'exemple de M. Barthez, l'extrémité inférieure de la canule, qui n'appuie plus alors par une arête aussi saillante contre la partie antérieure de la trachée-artère. Il ne faudrait pas que cette disposition fût exagérée, comme dans la canule en bec de flûte que j'ai placée sous les yeux de l'Académie. L'orifice presque latéral de cet instrument serait en partie obturé par la paroi correspondante de la trachée, ou bien, ainsi que M. Barthez l'a constaté lui-même, cette ouverture, dirigée en avant, quand la canule est en place, serait en partie hors de la trachée et laisserait l'air expiré s'infiltrer dans le tissu cellulaire du cou.

On a tenté de donner aux canules à trachéotomie une flexibilité uniforme, plus complète que celle des canules à segments articulés dont j'ai déjà parlé. M. le professeur Trousseau avait reconnu, dès 1833, les inconvénients de la rigidité et de l'inflexibilité des canules, et en avait fait construire de flexibles avec des fils d'argent plats et contournés en spirale. M. Mathieu, à la demande d'un médecin mexicain, le docteur Luis, a construit, en 1852, une semblable canule, qu'il a doublée de gomme élastique. M. Cusco a repris dernièrement cette idée, et il m'a confié le squelette d'un instrument analogue, dans lequel on voit une sorte d'imitation de la structure propre à la trachée. Mais cette idée n'est encore qu'à l'état d'essai, et elle serait, d'ailleurs, difficilement applicable aux canules doubles.

Jusqu'à ce que l'on ait découvert le moyen de fabriquer une trachée artificielle double et souple, dont le séjour et le contact avec les tissus ne puissent tendre à les altérer, il faut avouer que nous ne possédons pas d'instrument qui mette complétement à l'abri des ulcérations de la trachée-artère après la trachéotomie pratiquée pour les cas de croup.

Il est donc d'une grande importance, à ce point de vue, de ne laisser la canule que le moins de temps possible après l'opération, de la retirer aussitôt que la respiration peut s'accomplir sans elle. Depuis que mon collègue M. Roger a appelé l'attention sur les ulcérations de la trachée, depuis qu'il a formulé le précepte que je rappelle ici, on essaye souvent, à l'hôpital des Enfants, de supprimer la canule dès le deuxième ou le troisième jour, et l'on y parvient quelquefois dans les cas favorables. Les ulcères de la trachée en sont devenus d'autant plus rares.

Le volume excessif des canules peut aussi contribner à la produc-

tion de cet accident. Nous avons vu de trop grosses canules déterminer l'ulcération circulaire de la trachée, et quel que soit l'instrument que l'on préfère, on comprend qu'il faille s'attacher à proportionner son diamètre à l'âge du sujet et aux dimensions du canal aérien. La canule doit remplir la trachée, et non la distendre. Avec un peu d'habitude, on satisfait le plus souvent du premier coup à cette double condition. D'autres fois, on n'y parvient qu'après quelques tâtonnements. Une dame, trachéotomisée par M. Demarquay pour un rétrécissement accidentel du larynx, respirait toujours avec peine, malgré la présence d'une canule à demeure dans l'ouverture de la trachée; elle dépérissait à vue d'œil. M. Demarquay, d'après le conseil de M. Trousseau, remplaça cette canule, qui lui avait paru de dimensions convenables, par une plus large, et aussitôt la respiration devint plus facile; la nutrition y gagna tellement, que la malade engraissa de 25 kilogrammes dans l'espace de cinq mois. Des difficultés analogues peuvent se rencontrer dans le croup.

(*La fin au prochain numéro.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Glycérolé composé contre le prurit de la première dentition.

Quelque légers que soient les échecs subis par la santé des enfants, du moment où ils provoquent l'inquiétude de la famille, le médecin n'y saurait rester indifférent. Il ne doit pas se contenter de rassurer les parents sur la nature inoffensive des accidents, ou du moins, s'il veut réussir à ramener plus complétement la tranquillité dans leur esprit, il doit joindre l'action à ses bonnes paroles. C'est à lui de proportionner l'énergie de son remède au peu d'intensité du mal qu'il a à combattre.

En tête des accidents auxquels le praticien est appelé à parer chez les très-jeunes enfants, nous n'hésitons pas à placer cette irritation locale des gencives que l'on désigne sous le nom de *prurit de la dentition*. Ce sont les premières douleurs qu'éprouvent ces petits êtres, et d'un autre côté, comme elles sont souvent et fréquentes et tenaces, elles éveillent fortement la sollicitude des mères; en effet, ces douleurs éloignent le sommeil, provoquent les cris et, quelquefois même, finissent par altérer la santé de l'enfant.

Nous sommes si peu riches en moyens de triompher de cette irritation dentaire (la tiédeur que nous apportons à l'accomplissement

de notre tâche en est bien un peu cause) que nous n'hésitons pas à recommander à nos confrères le mélange suivant :

Glycérine anglaise................	30 grammes.
Chloroforme......................	0g,50 à 1 gramme.
Teinture de safran................	0g,50 à 1 gramme.

Quelques gouttes en frictions, avec la pulpe du doigt, sur les gencives douloureuses.

Rien de mieux connu que l'action de ces diverses substances. L'efficacité de la glycérine et celle du chloroforme pour combattre l'hypéresthésie de la peau et celle de la muqueuse vulvaire, n'est plus à démontrer. Quant à la vertu résolutive du safran, pour être plus ancienne, puisque sa notion remonte à Hippocrate, elle est moins vulgarisée. Nous en avons puisé l'enseignement dans la pratique des médecins américains. Aux Etats-Unis, on fait un usage journalier de l'emploi des frictions avec un sirop de safran pour calmer les démangeaisons des gencives pendant le travail de la dentition. Un dentiste parisien, que M. Blache a rendu témoin du fait en guérissant son enfant, a eu aussitôt l'idée d'exploiter le remède américain, et vend bien cher quelques grammes de sirop de miel additionnés de quelques gouttes de teinture de safran. Nous sommes heureux de fournir à nos confrères le moyen de leur permettre d'affranchir désormais leurs clients de ce tribut. DEBOUT.

Vin diurétique de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Mécontent des formules de vin diurétique connues et surtout de celle dite *de la Charité*, M. le professeur Trousseau s'est mis à étudier cette question importante de trouver un mélange qui donnât des résultats moins contestables. Voici la formule à laquelle il s'est arrêté :

Pr. Vin blanc........................	750 grammes.
Baies de genièvre..................	50 grammes.
Feuilles de digitale................	10 grammes.
Scille..............................	5 grammes.

Faites macérer pendant quatre jours, et ajoutez :

Acétate de potasse..................	15 grammes.

Filtrez.

Dose : Deux à trois cuillerées à bouche par jour.

L'épithète de vin diurétique de l'Hôtel-Dieu de Paris vient de rappeler le théâtre sur lequel ont eu lieu chaque jour les expérimentations chimiques.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Observations témoignant des bons effets de l'emploi des injections iodées comme traitement des hydarthroses chroniques du genou.

Dans son numéro du 15 juin dernier le *Bulletin de Thérapeutique* cite un exemple très-curieux de plaie de l'articulation du genou et de guérison sans ankylose, rapporté à la Société de médecine de Strasbourg, par M. le professeur Sédillot. En décrivant ce fait, l'éminent professeur dit : « On a beaucoup parlé des injections iodées intra-synoviales dans les cas d'hydarthroses chroniques ; si je n'ai jamais pratiqué ces opérations, j'en ai vu faire plusieurs. J'ai été consulté par un certain nombre de malades qui les avaient subies, et je n'ai pas constaté un seul succès. La plupart des malades ont succombé à des arthrites aiguës, à des abcès péri-articulaires, à des infiltrations diffuses de la cuisse ou à la suite d'accidents infectieux. Je n'ignore pas que des succès ont été publiés, je me borne à dire que je n'en ai pas encore été témoin, et je n'ai aucune confiance dans ce mode de traitement. »

Si le savant chirurgien de Strasbourg avait expérimenté les injections iodées intra-articulaires, il ne parlerait pas ainsi. Je veux bien croire comme lui qu'on a peut-être abusé dans ces derniers temps des injections iodées, et cependant tous les jours on en retire des succès merveilleux ; mais les rejeter d'une manière définitive et sans les avoir expérimentées, c'est être trop absolu.

J'ai employé les injections iodées un certain nombre de fois contre les hydarthroses chroniques du genou, *jamais* je n'ai vu survenir le moindre accident, et pour que le savant professeur cite ceux survenus à la suite d'injections iodées dans l'articulation du genou, tels que hydarthrites aiguës, abcès péri-articulaires, infiltrations, etc., il faut que ces malades aient eu une grande prédisposition, ou qu'ils aient fait pendant le traitement de grandes imprudences. N'en est-il pas de même des phlébites mortelles qui surviennent rapidement après une saignée bien faite et au milieu de la meilleure santé ; ou bien encore des métro-péritonites puerpérales isolées, car je ne parle pas de ces épidémies si meurtrières qu'on rencontre trop souvent dans les hôpitaux ; toutes ces affections terribles ne déterminent-elles pas des accidents formidables quand elles n'entraînent pas la mort ? Mais ces cas, suites de prédispositions individuelles, sont heureusement des faits exceptionnels.

Parmi les malades que j'ai eu à traiter par les injections iodées, voici deux observations remarquables de guérison assez prompte ; je crois inutile d'en citer un plus grand nombre.

Obs. I. Femme Montignon, de Saumur, quatre-vingts ans, ancienne blanchisseuse, par conséquent continuellement sur les genoux pour laver son linge, et c'est à cette cause que j'attribue les hydropisies chroniques des articulations des deux genoux dont elle a été atteinte. Elle marcha jusqu'au dernier moment, jusqu'à ce qu'elle ne put sortir de sa chambre ; alors elle me fit appeler : les deux genoux étaient énormément distendus, la capsule articulaire, soulevée par la grande quantité de synovie épanchée, remontait à 12, 15 centimètres au-dessus des genoux; la fluctuation était très-sensible, et il était impossible de reconnaître la position de la rotule. J'ai soigné beaucoup de malades atteints d'hydarthrose chronique par l'application réitérée des vésicatoires, par des compresses et des frictions résolutives, telle qu'une solution concentrée de chlorhydate d'ammoniaque ; toujours ce traitement a été très-long, et le plus souvent a échoué. Je me décidai donc aux injections iodées (eau et teinture à parties égales) ; la ponction faite, je laissai échapper toute la synovie et je favorisai sa sortie par de douces pressions autour de l'articulation ; ensuite j'injectai le liquide iodé. La malade sentit à l'instant une vive cuisson. Je me bornai à cette seule injection, dans la crainte de déterminer des accidents inflammatoires et j'attendis avant d'opérer l'autre genou, que celui-ci fut guéri ; pendant les premières vingt-quatre heures, compresses résolutives ; le lendemain, cataplasmes de farine de lin, qui furent continués pendant cinq à six jours et ensuite remplacés par des compresses d'eau blanche ; repos absolu et immobilité complète de l'articulation ; au bout de quinze jours, cette malade était guérie, et elle-même me demanda à commencer le traitement de l'autre genou. J'employai la même méthode, et un mois après cette brave femme était guérie et marchait très-facilement. Elle n'a donc éprouvé que l'inflammation nécessaire pour guérir sans retour l'hydarthrose des deux genoux, *jamais* aucun accident n'est survenu, et il y a de cela plusieurs années. Aujourd'hui, juillet 1862, cette bonne vieille est dans la meilleure santé possible ; elle marche tous les jours et va aux portes demander son existence, son grand âge l'empêchant de travailler.

Obs. II. Femme Ratonis, de Varraine, près Saumur, cinquante-cinq ans. En 1861, elle se transporta chez moi, en boîtant beaucoup de la jambe gauche, me disant qu'elle avait une grosse loupe au genou. Après l'avoir examinée, je diagnostiquai facilement une hy-

darthrose chronique; je lui proposai l'opération qu'elle accepta, et, dès le lendemain, j'allai chez elle l'opérer.

Pendant tout le temps que dura le gonflement du genou, elle resta dans le repos le plus absolu, et, au bout de dix-sept jours, elle put se livrer aux travaux pénibles de la campagne. Pour éviter des répétitions fastidieuses, il est inutile de dire que les mêmes injections iodées furent faites comme dans l'observation précédente; aucun accident, aucune arthrite ne sont survenus, et, je le répète, *jamais* je n'ai observé ces accidents très-graves dont parle M. le professeur Sédillot.

Maintenant, je demanderai aux médecins non prévenus s'ils auraient pu obtenir des guérisons aussi certaines, aussi promptes, par les vésicatoires, les frictions irritantes, ou tous autres moyens indiqués.

D[r] Bouchard,
médecin de l'Hôtel-Dieu de Saumur.

BIBLIOGRAPHIE.

Guide pratique de l'accoucheur et de la sage-femme, par M. le docteur Lucien Pénard, chirurgien principal de la marine, professeur d'accouchement à l'Ecole de médecine de Rochefort.

Avant de rendre compte de ce petit livre, nous devons exprimer notre opinion sur l'utilité des manuels. Quelque bien fait, quelque consciencieusement travaillé qu'il soit, un manuel remplit-il le but que l'auteur se propose : être utile aux médecins, et dans le cas présent aux sages-femmes? Nous ne le croyons pas. Un manuel réellement portatif, comme M. le docteur Pénard le dit dans sa préface, n'avait pas encore été fait. Etait-ce un mal, et le besoin, selon l'expression vulgaire, s'en faisait-il réellement sentir? Non! Les ouvrages de Velpeau, de Cazeaux, de Jacquemier, le manuel de Nægelé remplissaient toutes les lacunes de la science, et répondaient à tous les besoins. Puis les manuels sont pernicieux, les manuels dispensent par les indications superficielles, par la synthèse qu'ils ont faite des grands traités, les paresseux d'étudier les maîtres, et M. Pénard aura alors manqué son but. En effet, les praticiens ou les sages-femmes qui, au lit des malades, seront obligés de consulter son manuel, embarrassés qu'ils sont par un cas difficile, n'y pourront trouver aucune indication parce qu'ils sont incapables même de la soupçonner. Ils seront tellement ignorants, qu'ils n'auront pas même pu poser un diagnostic, et qu'ils iront à l'aventure et à tout

hasard. Ils me rappellent le médecin de Sydenham qui, dans son ignorance, prend un bâton et frappe à tort et à travers sur le malade et sur la maladie. Ne voyons-nous pas tous les jours dans la pratique de la ville des médecins et des sages-femmes qui, en face d'un travail qui ne marche pas, ne portent aucun diagnostic, et donnent du seigle ergoté. Pourquoi le donnent-ils? ils l'ignorent complétement! C'est parce qu'ils ne savent pas quelle est la cause d'arrêt du travail, et qu'ils sont incapables de la découvrir. Le travail ne marche pas, vite du seigle. — La femme n'accouche pas, souffre horriblement; on appelle un accoucheur qui, à son arrivée, trouve une présentation de l'épaule dans un bassin vicié; l'opération est devenu impossible, et souvent la femme succombe d'une rupture de l'utérus; l'enfant, du reste, est mort depuis longtemps, tué qu'il est par la contraction tétanique de l'utérus, causée par l'administration intempestive du seigle ergoté. Nous prenons ce fait pour exemple, parce que maintes fois nous avons vu des cas pareils se produire, et nous en appelons à tous ceux qui ont suivi la clinique d'accouchement de Paris, à M. Pénard lui-même. Chaque année sept ou huit cas pareils se présentent à l'observation des élèves.

Est-ce à dire que le manuel de M. le docteur Pénard soit mal fait? Non, bien au contraire, il est très-bien fait, très-bien entendu, écrit d'une manière claire et lucide, et certainement c'est une œuvre consciencieusement et savamment ordonnée. Mais un manuel est toujours trop écourté, il est trop restreint, et cela ne pouvait être autrement, sans cela ce serait un traité d'accouchement, et l'auteur a voulu rester dans les bornes d'un manuel. Si nous étions sûrs que les élèves aient lu les Traités de Moreau, de Velpeau, de Cazeaux, de Jacquemier, s'ils avaient digéré ces gros livres, pour se résumer, et pour repasser vite, nous conseillerions la lecture du manuel de M. Pénard. Mais il n'en est pas, il n'en sera pas ainsi; l'art obstétrical est très-peu étudié, très-peu approfondi; c'est si facile, un accouchement se fait toujours tout seul; pour peu qu'on ait de la patience, il se termine toujours. C'est une des branches de l'art médical pour lesquelles le diplôme de docteur ou de sage-femme donne immédiatement la science infuse! Au reste les accouchements ne jouissent pas exclusivement de ce privilége; nous pourrions en dire presque autant des maladies de l'enfance.

Ceci dit sur les manuels en général, nous ne pouvons que louer et louer très-franchement l'esprit qui a rédigé ce petit livre que nous analysons. M. Pénard est un homme très-instruit, un médecin distingué, qui a l'esprit prompt et une grande facilité d'assi-

milation. Son manuel est le résumé fidèle et clairement exposé de l'enseignement de M. Dubois, de celui de M. Pajot et de M. Depaul. Mais ce résumé est trop bref en certains endroits; ainsi, il ne parle pas assez des cas qui arrivent tous les jours, de *ces lenteurs* du travail, *de sa rétrocession* et de leurs causes. Dans le chapitre où il parle des hémorrhagies, il passe sous silence le traitement post-hémorrhagique, ce traitement si important, puisque les femmes peuvent succomber à une syncope, huit, dix, douze jours après la cessation de toute hémorrhagie, et cependant ce sont des conseils d'autant plus importants à donner qu'on les ignore ou qu'on les oublie davantage. L'auteur aurait dû aussi, ce nous semble, parler de la méthode anglaise, dans les cas d'hémorrhagie grave, qui consiste à donner des alcooliques à haute dose aux malades, un quart, un demi-litre d'eau-de-vie et même plus dans l'espace de deux à trois heures; il aurait dû aussi rappeler les lavements vineux associés à l'opium et donnés de trois heures en trois heures. Nous signalons à l'auteur ces légères omissions, persuadé qu'il les comblera dans sa prochaine édition.

En résumé, nous n'aimons pas les manuels parce qu'ils favorisent la paresse et qu'ils n'instruisent que superficiellement l'élève ou le praticien. C'est un aliment d'une digestion trop facile, dont la saveur se perd et s'oublie vite; mais néanmoins le petit livre de M. Pénard est très-bien fait, sans prétention aucune, et il pourra rendre des services à ceux qui savent déjà. L'auteur s'est mis à ce point de vue-là, mais nous craignons qu'il n'ait trop ajouté foi aux études antérieures de ses lecteurs.

BULLETIN DES HOPITAUX.

REMARQUES PRATIQUES SUR LES DEUX SEULS CAS CONNUS DE GRENOUILLETTE CONGÉNITALE.

Dans l'étude des kystes congénitaux, considérés surtout au point de vue de leur traitement, la question du siége est la plus importante. Lorsque des poches kystiques se sont développées sur les parties latérales du cou, il faut que leur volume soit considérable pour qu'elles arrivent à comprimer ou les voies aériennes, ou les gros vaisseaux qui traversent cette région; il n'en est pas de même si la lésion a son siége sous la langue. Pour peu que le kyste soit volumineux, il soulève la langue et ne lui permet pas d'accomplir celle de ses fonctions la plus importante à la naissance: la succion.

L'allaitement maternel rendu ainsi impossible, l'existence du nouveau-né devient précaire, et il y a urgence de rétablir la liberté de la langue en faisant disparaître l'obstacle qui gêne les mouvements de cet organe. Cette nécessité de l'intervention immédiate de l'art est mieux indiquée encore lorsque la tumeur, par ses dimensions, comprime l'entrée des voies respiratoires.

Ces sortes de kystes sont rares, car on ne trouve encore signalé dans les annales de la science qu'une observation publiée en 1833 par M. le professeur Paul Dubois. Un second fait, communiqué à la Société de médecine de Toulouse par M. le docteur Lombard, nous engage à réunir ces deux cas, afin de chercher parmi les nombreux moyens thérapeutiques conseillés contre les kystes en général ceux dont on devra faire usage de préférence. Voici d'abord les faits, et tout d'abord celui de M. P. Dubois.

Obs. *Grenouillette congénitale s'opposant à la succion.* — *Incision de la tumeur.* — *Guérison.* — « J'ai été consulté le mois de mai dernier pour un enfant né depuis deux jours et dont la langue était atteinte d'une maladie congénitale dont je vais essayer de donner une idée exacte. Toute la partie antérieure et libre de cet organe, au lieu d'être légèrement aplatie comme elle l'est en général, était au contraire arrondie, tendue, et avait le volume et la forme d'une grosse noisette ; la partie postérieure et adhérente de la langue jusqu'à sa base avait son apparence ordinaire ; l'enfant, gêné sans doute par le volume de la partie malade, la portait souvent hors de sa bouche, et il était alors facile de l'examiner. La face inférieure de la langue paraissait formée par une membrane mince, transparente, tendue, ayant une teinte blanche légèrement nuancée de violet dans quelques points, et parcourue sur toute sa surface par des arborisations vasculaires très-fines. Le doigt appliqué sur ce point de l'organe y sentait une fluctuation manifeste ; en un mot, toute cette partie de la région inférieure et libre de la langue offrait exactement l'aspect que présente un sac herniaire qui vient d'être mis à découvert et qui est distendu par un liquide séreux très-abondant, ou, pour nous rapprocher davantage de l'organe qui nous occupe, celui qu'offre la surface de la tumeur sublinguale connue sous le nom de *grenouillette*. L'enfant avalait, sans beaucoup de difficulté, les liquides qu'on présentait à sa bouche avec une cuiller, mais il lui était impossible de prendre le sein de sa nourrice, et l'on conçoit aisément que la rondeur et la tension de la langue s'opposaient complétement à ce que la face supérieure de cet organe pût se creuser en gouttière pour recevoir le mamelon et le tenir embrassé.

Cette circonstance surtout engagea les parents à s'éclairer de plusieurs avis, et notre confrère, M. Manquelin, qui avait reçu cet enfant, les engagea à me consulter. Je n'avais pas encore vu d'affection de ce genre chez un enfant nouveau-né, et je ne pense pas qu'aucun fait semblable ait été publié. Je fus donc incertain d'abord, et j'examinai en conséquence la maladie avec une scrupuleuse attention, et, après cet examen, je résolus de pratiquer une incision peu étendue ou même une simple ponction sur la face inférieure de la langue; ce que je fis très-facilement avec la pointe d'un bistouri, après avoir saisi l'organe entre le pouce et l'indicateur de la main gauche; à peine la ponction était-elle faite, qu'un liquide visqueux, parfaitement semblable à du blanc d'œuf, par la couleur et la consistance, s'écoula en assez grande quantité. La poche, je devrais dire la langue, se vida entièrement à l'aide d'une pression; une ou deux stries sanguinolentes s'aperçurent à peine; la langue s'aplatit et reprit en un instant sa forme naturelle. Comme il ne s'écoulait pas de sang et que par conséquent il n'y avait rien à craindre de l'exercice de la succion, le sein de la nourrice fut présenté presque aussitôt; l'enfant le saisit avec facilité et teta pour la première fois. Aucun accident ne vint compliquer cet état de choses.

« Le lendemain, la langue offrait une légère tuméfaction qui ne s'opposait pas à l'allaitement et qui se dissipa, d'ailleurs, en partie dans la journée même et disparut entièrement le jour suivant. La reproduction d'un nouveau liquide dans la poche membraneuse n'eut pas lieu, quoiqu'il fût assez naturel de le craindre. Vingt jours se sont écoulés depuis l'opération; l'enfant se porte et se nourrit à merveille.

« Quelle est la nature et la cause de l'affection congénitale qui s'est offerte à mon observation ? ajoute M. P. Dubois. Cette question me paraît facile à résoudre; il existait entre cette affection et celle qui est connue sous le nom de *ranule* ou *grenouillette* une trop remarquable analogie sous le rapport de la forme, du volume et de l'apparence extérieure des parois, et surtout des caractères tout particuliers du fluide évacué par l'opération; enfin, elle était trop rapprochée du lieu qu'occupe ordinairement la tumeur produite par l'oblitération des conduits de Warthon, pour qu'il soit possible d'assigner à celle que nous avons observée une autre nature et une autre origine.

« La maladie que nous avons fait connaître n'était donc autre chose qu'une grenouillette congénitale, différant toutefois de cette maladie à l'état ordinaire, en ce qu'au lieu de reposer comme elle et

d'adhérer au plancher même de la bouche, fort près du lieu où la langue cesse d'être libre, et de n'avoir avec la face intérieure de cet organe que de simples rapports de contiguïté, elle était placée au devant du frein, dans l'épaisseur même de la partie antérieure et libre de la langue, dont elle faisait pour ainsi dire partie, et elle était complétement étrangère au plancher de la bouche. Il est probable alors, si mon opinion est fondée, que le conduit ou les conduits de Warthon, au lieu de se terminer au-dessous de la langue et sur les côtés du frein, comme cela s'observe en général, se prolongeaient jusque dans l'épaisseur de la portion libre de l'organe, sous la membrane muqueuse qui le tapisse, à moins que l'on admette, ce qui serait plus juste peut-être, que la tumeur salivaire dont je viens de parler résultait de la dilatation de l'un des conduits excréteurs des petites glandes linguales qui existent à la partie inférieure de la langue, entre le lingual et le génioglosse; dans cette hypothèse, le fait que je publie prouverait, ce qui était resté incertain jusqu'à ce jour, que ces petits organes sont réellement une dépendance de l'appareil sécréteur de la salive.

« Enfin, si je ne me suis pas trompé sur la nature de la tumeur qui s'est offerte à mon observation, et il ne me semble pas qu'une erreur ait été possible, l'existence de cette maladie congénitale démontrerait non-seulement que les organes sécréteurs de la salive, développés, comme on le sait, à une époque assez rapprochée de la conception, sont en exercice avant la naissance, mais encore la consistance du liquide contenu dans la poche que j'ai dû ouvrir, porterait à penser que les fonctions de ces organes s'accomplissent, en partie du moins, assez longtemps avant le terme de la vie intra-utérine.

« Je terminerai par une dernière observation. L'opération que j'ai pratiquée a consisté dans une incision de peu d'étendue, et il est évident qu'elle a suffi, puisque aucune accumulation nouvelle de liquide ne s'est faite depuis. J'ai pourtant craint que cet accident n'arrivât, et, dans ce cas, j'avais l'intention de pincer la paroi du sac et d'en exciser une petite partie. Si cette excision avait donné lieu à un écoulement de sang trop abondant, j'aurais cautérisé le pourtour de la plaie avec le nitrate d'argent; je présume toutefois que l'action même de la langue, pendant les efforts de succion, la compression légère et l'aplatissement qu'elle éprouve chaque fois que l'enfant tient le mamelon, sont des circonstances qui, chez l'enfant nouveau-né, contribueront presque toujours à l'évacuation parfaite du liquide, et s'opposeront à ce qu'il s'accumule de nouveau,

dans les cas du moins qui ressembleront à celui que je viens d'exposer. »

Les judicieuses réflexions dont M. P. Dubois a fait suivre le récit du fait qu'il venait d'observer, nous permettent de produire de suite le nouveau cas de M. le docteur Lombard.

Obs. II. *Grenouillette congénitale opérée avec succès dès la naissance de l'enfant.* — « Un enfant, né à trois heures du matin, dans la commune de Villefort, le 13 juin 1861, me fut présenté à six heures par l'accoucheuse de Chalabre. Dans la persuasion où elle était que cet enfant n'avait que quelques heures à vivre, elle le fit baptiser immédiatement après sa naissance. Voici son état : le facies est violacé, la bouche béante, les lèvres et les joues sont fortement distendues ; une tumeur du volume d'un gros œuf de poule, sortant de la bouche, fait saillie en avant des lèvres ; à sa face antérieure, le frein de la langue qui la partage dans son milieu, lui donne une forme bilobée ; l'extrémité de la langue est projetée vers la voûte palatine, tandis que son corps est poussé vers l'arrière-bouche par le développement de la tumeur, dont le volume se fait remarquer sous le maxillaire inférieur, à la partie antérieure du cou.

« Dans l'état où se trouvait cet enfant la respiration par la bouche était impossible ; et, en portant son attention sur la teinte violacée de la face, il était incontestable que l'air pénétrait difficilement dans les voies respiratoires. La vie de cet être était en grand danger, il fallait le débarrasser incontinent de ce qui pouvait faire obstacle à la respiration. Cette tumeur avait la couleur violacée des lèvres ; elle jouissait d'une certaine élasticité, et la pression exercée d'un côté augmentait le volume du côté opposé ; elle se laissait à peine déprimer, et en la serrant alternativement de part et d'autre, on éprouvait la sensation d'un liquide contenu dans son enveloppe ; elle était, en un mot, fluctuante ; et n'importe en quels points les doigts explorateurs fussent placés, aucun signe de battement artériel ne se manifestait.

« Par l'ensemble des signes fournis par la vue et le toucher, j'acquis la conviction que j'avais affaire à un de ces kystes sublinguaux auxquels on a donné le nom de grenouillette.

« L'indication fondamentale, qui me parut essentielle à remplir, pour donner un libre cours aux fonctions respiratoires, était de vider immédiatement le kyste. A cette fin je traversai, d'une commissure à l'autre, la tumeur avec un trocart, dont je retirai la pointe, pour passer dans la canule un séton de 30 centimètres de

longueur. La canule étant retirée, il sortit par les deux ouvertures un liquide visqueux, consistant comme une glaire d'œuf ; en pressant à la fois sous le menton et sur la langue, je vidai ou à peu près, le kyste. En peu d'instants la respiration parut s'opérer plus librement, la face prit une couleur moins livide ; j'eus enfin l'espoir de conserver les jours de cet enfant.

« Après l'évacuation du kyste, ses membranes de revêtement occupaient un volume assez considérable pour tenir l'extrémité de la langue dirigée vers la voûte palatine. La langue étant projetée en arrière, et devant nécessairement susciter une grande difficulté pour opérer les premiers mouvements de succion, il fut convenu qu'on commencerait à nourrir l'enfant à la cuiller.

« Les extrémités du séton furent fixées derrière les oreilles ; deux jours après, les parois de revêtement du kyste occupent un volume à peu près égal ; l'enfant a pris du lait à la cuiller, il se porte bien.

« Le 17, sur les parties latérales et inférieures de la langue j'excisai une partie du kyste, à partir des ouvertures pratiquées par le trocart. Pour faciliter cette opération, j'employai deux aides (deux femmes), dont l'une tenait la bouche béante et l'autre le séton noué en forme d'anse, ce qui me permettait d'opérer, suivant les besoins, les tractions latérales et antérieures, qui m'étaient nécessaires pour procéder à la section des tissus.

« L'enfant perdit assez de sang, il pâlit à un point tel, que je craignis un moment qu'il n'allât succomber à la suite d'une hémorrhagie. Comme l'opération se pratiquait à 4 kilomètres de la pharmacie, je regrettai beaucoup de n'avoir pas à ma disposition une solution de perchlorure de fer, agent hémostatique puissant que le médecin de campagne devrait avoir toujours sous la main, soit qu'il ait à pratiquer une opération, soit qu'il faille arrêter une hémorrhagie provenant des piqûres de sangsues. Je finis cependant par me rendre maître de cet écoulement de sang, au moyen de compresses vinaigrées. Tout en laissant le séton en place, j'introduisis dans chaque ouverture de petits bourdonnets de charpie, retenus au bonnet par des fils de lins cirés. La suppuration envahit peu à peu les parois du kyste ; ses enveloppes diminuèrent de volume ; et le 22 la langue s'était de beaucoup affaissée ; sa pointe était encore repliée en haut.

« Depuis la naissance de l'enfant, la mère fait de vaines tentatives pour lui donner le sein ; cependant comme le mamelon est assez allongé, je lui conseille de l'introduire entre la langue et le palais de la bouche ; quelques gouttes de lait coulent, et la succion, quoique pénible, s'opère lentement.

« Le 24 on est obligé de diminuer les bourdonnets de charpie ; la grand'mère, chargée du soin de panser l'enfant, ne les pénètre pas assez profondément, elle est obligée de les renouveler plus souvent parce qu'ils tendent à s'échapper ; le séton est encore maintenu jusqu'au 30, époque à laquelle toute espèce de traitement est supprimé. A cette époque l'enfant prend bien le sein, et la succion s'opère parfaitement ; il jouit de tous les attributs d'une bonne santé.

« Quatre mois après, j'ai revu cet enfant, pour m'assurer de l'état dans lequel se trouvaient les parties de la bouche soumises à l'opération ; le tissu sublingual et ceux placés à côté, vers les glandes sublinguales, sont un peu plus développés qu'à l'état normal, mais la langue a repris sa forme naturelle, en un mot l'enfant est parfaitement guéri... » (*Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Toulouse*, 1862.)

Dans ce cas de M. Lombard, la poche kystique était plus développée que dans celui de M. P. Dubois ; aussi portait-elle obstacle à l'entrée de l'air dans les voies respiratoires. Ce plus grand volume se fût-il opposé au succès du traitement par la simple incision du kyste ? Ce n'est pas certain, et nous regrettons que notre confrère de Chalabre n'ait pas débuté par l'emploi de ce moyen.

L'urgence de l'intervention chirurgicale n'implique pas pour cela la mise en œuvre des procédés opératoires les plus radicaux. Il faut même les redouter lorsqu'ils peuvent produire des hémorrhagies, car on sait combien les pertes de sang sont souvent fatales aux très-jeunes enfants. Le petit malade de M. Lombard a couru ce danger et y a résisté, il aurait pu en être autrement.

Qu'importe-t-il dans l'espèce ? De rétablir la liberté de la respiration et celle des mouvements de la langue. A supposer que la simple incision de la poche ne doive pas amener son oblitération, le retour du liquide kystique mettra toujours quelques jours à se reproduire ; or, pendant cet espace de temps, la succion sera possible et cette durée de l'allaitement aura pour résultat de fortifier l'enfant et de lui permettre de résister plus sûrement aux moyens radicaux dans les cas où ils deviendraient indispensables. Avant de recourir à l'excision, nous préférerions voir essayer la rupture répétée du kyste à l'aide des doigts, qui a amené un succès chez l'adulte.

La ponction et l'excision ont rarement guéri des grenouillettes chez l'adulte, les deux faits ci-dessus prouvent qu'il n'en est pas de même chez les nouveau-nés. Ce résultat thérapeutique ne four-

nirait-il pas un argument à l'appui de l'opinion que ces tumeurs ne sont pas de même nature et que ces grenouillettes ne sont autre chose que des kystes séreux, une des lésions congénitales les plus fréquentes ? Mais cette notion intéresse peu la pratique ; ce qu'il lui importe surtout, c'est l'enseignement que nous avons mis en relief : l'efficacité des moyens les plus simples parmi ceux qui ont été conseillés contre les kystes en général.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Appareil pulvérisateur (*Emploi thérapeutique de l'*). M. Demarquay a employé plusieurs fois, dans son service de la maison municipale de santé et dans sa clientèle, l'appareil pulvérisateur qui a été exécuté par M. Mathieu, et qui se compose, comme on sait, d'une sphère creuse en cuivre, munie d'une pompe foulante, au moyen de laquelle on comprime l'air. A l'aide de cet appareil, contenant de l'eau chargée de tannin, il a guéri des affections rebelles de la gorge, et notamment des pharyngites granuleuses. Les deux observations suivantes méritent à cet égard l'attention.

Une dame qui habitait Alger entra, il y a quelques mois, dans son service à la maison de santé, pour un mal de gorge dont elle souffrait depuis longtemps. Cette malade était anémique, elle avait une pharyngite liée à une diathèse herpétique. Il la soumit à un traitement général tonique, et lui prescrivit des injections dans la gorge, à l'aide de l'appareil pulvérisateur renfermant la solution suivante :

Pr. Tannin.........	1 gramme.
Eau.............	100 grammes.

Au bout de quelques semaines la guérison était complète.

Une personne du Havre, atteinte d'un allongement considérable de la luette, avec pharyngite, entra à la maison de santé. M. Demarquay fit la résection de la luette, puis il prescrivit des injections dans le pharynx avec l'appareil pulvérisateur, contenant la solution de tannin : la malade fut guérie en quelques jours.

Les malades, dit M. Demarquay, auxquels on fait des injections avec l'appareil pulvérisateur, éprouvent un sentiment de constriction très-marqué dans toutes les parties que frappe le jet. Lorsque l'on veut soumettre à l'action de l'eau pulvérisée les individus irritables, les enfants, il faut, avec un abaisse-langue déprimer la partie postérieure de cet organe, de façon à mettre toute l'arrière-gorge à découvert, et à permettre au liquide de pénétrer dans le pharynx et dans le larynx. (*Uni. méd.*, août 1862.)

Cautérisation de l'épiploon *après l'opération des hernies ombilicales, inguinales ou crurales.* Lorsque dans une opération de hernie ombilicale étranglée, on trouve une portion d'épiploon, quel parti doit-on prendre ? La science est loin d'être fixée sur la méthode qui doit être préférée en pareil cas. Nous n'examinerons pas ici la valeur respective des diverses méthodes qui ont été proposées, nous voulons seulement appeler l'attention sur la méthode de cautérisation préconisée par l'Ecole de Lyon. On sait que Bonnet conçut, il y a quelques années, l'idée d'appliquer à la destruction de l'épiploon la pâte de chlorure de zinc, non plus en se bornant à mortifier la superficie de l'épiploon hernié, ainsi que Celse et Scarpa l'avaient fait, mais en faisant des applications renouvelées et prolongées dans quelques circonstances pendant plus d'une semaine, afin de détruire toute la partie herniée. Dans le premier cas, qui date de 1843, il s'agissait d'une masse épiploïque du volume du poing, irréductible et abandonnée dans la plaie après l'opération. Dans le second, publié en 1847, dans les colonnes de ce journal, ayant affaire à une hernie ombilicale épiploïque très-volumineuse, avec inflammation, ulcération et gangrène de l'épiploon, pénétration de l'air dans le sac et état général alarmant, il fit une large incision au sac, et appliqua plusieurs ligatures sur une masse épiploïque du volume des deux poings, et excisa

toutes les parties dépassant les ligatures. La gangrène survint; des applicatons successives de larges plaques de chlorure de zinc en triomphèrent, et la malade guérit. Depuis lors les chirurgiens de Lyon ont imité son exemple, et en ont obtenu des résultats très-satisfaisants. M. Philipeaux, dans son *Traité sur la cautérisation*, a fait connaître sept observations de hernies inguinales et crurales étranglées, dans lesquelles l'épiploon a été détruit par la cautérisation, et il n'a eu que des succès à enregistrer. Depuis lors M. Vissaguet en a cité un assez grand nombre, et si la méthode n'a pas été toujours innocente, elle a du moins procuré des résultats avantageux, puisque sur 25 opérations de kélotomie suivie dela cautérisation, il a pu faire connaître 19 succès pour 4 morts. Depuis 1858, plusieurs opérations de ce genre ont été faites; M. Philipeaux s'est enquis de toutes celles qui ont été pratiquées; voici le résultat de cette enquête, tel qu'il l'a communiqué à la Société chirurgie :

M. Bonnet a opéré une hernie inguinale avec succès; M. Barrier a obtenu le même résultat chez un homme; M. Desgranges, qui a pratiqué 17 opérations analogues, a eu 13 succès pour 4 morts. M. Philipeaux lui-même a pratiqué la cautérisation sur une femme, et il a réussi.

Dans les cas de hernies crurales, M. Bonnet a eu sur 3 opérations 3 succès ; M. Valette, sur 1 opération 1 succès ; M. Barrier, sur 1 opération 1 succès; M. Desgranges, sur 8 opérations 7 succès et 1 mort.

En résumé, tandis qu'on trouve sur 22 opérations de hernies étranglées faites à Paris (statistique de M. Huguier), 29 morts et 3 succès, la pratique lyonnaise fournit sur 37 opérations 30 succès et 7 morts.

Si maintenant l'on compare cette statistique à celle de M. Malgaigne, on est encore frappé du résultat. Sur 183 opérations de kélotomie ombilicale, crurale et inguinale, M. Malgaigne a trouvé 114 morts ; M. Philipeaux trouve sur 37 opérations par la cautérisation, 30 succès pour 7 morts, et sur ces 7 insuccès, il en est même 4 au dire de M. Villaguet, qui ne doivent pas être attribués à cette méthode de traitement; ainsi deux malades opérés dans un état d'adynamie profonde ont succombé sans présenter aucun signe de péritonite ; un troisième malade est mort des suites d'un anus contre nature, et un quatrième était déjà à peu près guéri, lorsqu'une perforation tardive de l'intestin entraîna un épanchement stercoral, une péritonite et la mort. (*Comptes rendus de la Société de chirurg.*, août 1862.)

Cystite cantharidienne. *Moyens de la prévenir et de la combattre.* M. le docteur Ameuille, dans une communication faite récemment à la Société médico-pratique de Paris, a appelé l'attention de ses collègues sur un moyen de prévenir et de combattre les effets de la vésication cantharidienne sur les organes génito-urinaires, qui paraît devoir mériter de beaucoup la préférence sur le camphre, généralement employé jusqu'ici dans ce but. Ce moyen est la *liqueur de potasse de la pharmacopée anglaise*, ou, d'une manière plus générale, l'usage des alcalins à l'intérieur pendant qu'on soumet les malades à l'action topique de la cantharide. Dans des cas de ce genre, où la strangurie était venue, non pas seulement s'ajouter aux souffrances des malades, mais où, portée à un degré extrême et provoquant une anxiété insupportable, elle dominait temporairement la scène, M. Ameuille a administré la liqueur de potasse, à la dose de 20 gouttes dans un verre d'eau. Une amélioration notable s'en est immédiatement suivie. Après une deuxième prise, une demi-heure après presque toujours, et constamment après une troisième, à égale distance, il a vu les accidents céder d'une manière complète et définitive. Or, il importe de remarquer que, dans des conditions étiologiques analogues, les mêmes malades, offrant du côté de la vessie des phénomènes de même nature, n'avaient obtenu aucun soulagement des moyens curatifs habituels, notamment des préparations de camphre et d'opium. En résumé, se fondant sur les résultats qu'il a observés, M. Ameuille propose d'administrer la liqueur de potasse avant même que l'action topique du vésicatoire ait atteint sa plénitude, toutes les fois que l'aptitude du sujet ou bien le nombre des vésicatoires qui doivent lui être appliqués coup sur coup donnent à redouter quelque perturbation dans les fonctions des organes urinaires. (*Union méd.*, août 1862.)

Erythème de la région anale *chez les très-jeunes enfants. Traitement par les lotions mercurielles et la poudre de bismuth et d'amidon.* Le *Medical Times* a publié une note dans

laquelle le docteur Belly dit avoir employé avec succès contre cette éruption des lotions faites avec 30 grammes d'eau de chaux et 7 à 10 centigrammes de sublimé. Cette médication est employée depuis quinze ans dans les hôpitaux de Bordeaux, à l'exemple de M. le professeur Natalis Guillot, qui prescrivait en pareil cas le solution suivante :

Eau de chaux.	1000 gramm.
Bichlorure de mercure.	2 —

Pour lotions et bains locaux, répétés quatre ou cinq fois par jour. M. Guillot fait remarquer, d'ailleurs, que l'érythème de la région anale et fessière, érythème qui s'accompagne parfois de boursouflement considérable des téguments, est invariablement lié à l'existence d'une diarrhée verte et acide dont le produit détermine l'éruption par son contact irritant. Or, cette diarrhée dépendant elle-même d'une mauvaise alimentation, c'est celle-ci qu'il faut réformer au plus vite, soit en substituant le lait de femme au lait de vache, soit en changeant de nourrice si l'enfant est à la mamelle et qu'il y ait lieu de suspecter la qualité du lait qu'il reçoit. Cette sage et radicale mesure suffit dans un grand nombre de cas pour faire disparaître toute trace d'éruption. Cependant il est toujours bon d'y joindre les lotions mercurielles, et, dans l'intervalle, les topiques pulvérulents, parmi lesquels celui qui réussit le mieux est un mélange à parties égales de sous-nitrate de bismuth et d'amidon. (*Journ. méd. de Bordeaux*, juillet 1862.)

Goitre exophthalmique. *Heureuse influence d'une grossesse survenue dans le cours de la maladie.* Lorsqu'il s'agit d'une affection aussi peu connue que l'est encore aujourd'hui le goître exophthalmique, on ne saurait avec trop de soin enregistrer tous les faits cliniques qui tendent à multiplier les moyens dont l'art ou la nature paraissent disposer pour arriver à la guérison. C'est ce qui nous engage à consigner ici un fait intéressant publié par M. le docteur Charcot dans la Gazette hebdomadaire du 5 septembre dernier. — Voici le résumé de l'observation :

Mme X***, bien portante jusqu'à l'âge de quinze ans, eut à cette époque une coqueluche, qui suivie d'une croissance rapide, ébranla vivement sa constitution. Une anémie profonde, un tempérament nerveux très accusé, une impressionnabilité très-grande, tels étaient les traits principaux de sa santé lorsqu'elle se maria en septembre 1860, à l'âge de dix-huit ans.

Quelques jours à peine après le mariage, apparut le premier symptôme de goître exophthalmique : la tumeur thyroïdienne surtout marquée au côté droit du cou. Quelques semaines après se manifestait l'exophthalmie double, en même temps que l'affaiblissement faisait des progrès, qu'il survenait de l'essoufflement, des palpitations violentes, et que la démarche devenait incertaine et titubante. La menstruation devint irrégulière.

En janvier 1861, le pouls battait de 100 à 140 pulsations à la minute, l'amaigrissement était extrême, il y avait soif ardente, insomnie ; la gravité des accidents décida la malade à venir à Paris. Le 5 mars, MM. Trousseau et Charcot constatèrent tous les symptômes déjà mentionnés, de plus une toux très-fatigante : ils s'assurèrent en même temps qu'il n'existait aucune lésion organique du cœur. Le traitement institué consista en l'administration de la teinture de digitale, 20 à 30 gouttes par jour pendant dix jours chaque mois, suivie pendant les dix jours suivants de l'emploi de l'æthiops martial mêlé à l'extrait d'absinthe à la dose de 60 à 90 centigrammes par jour ; de plus, vin de quinquina, bains froids, application de glace sur la région du cœur et sur le goître. *Se fondant en outre sur leurs observations personnelles, MM. Trousseau et Charcot laissèrent entrevoir que le développement d'une grossesse était désirable et aiderait probablement à l'action des remèdes.*

Ce traitement, commencé le 18 mars et suivi sans interruption, n'avait amené aucun résultat le 23 avril suivant. On avait dû suspendre l'emploi de la digitale, qui altérait les fonctions digestives. La toux, qui avait augmenté, fut combattue avec succès par l'opium et l'assa fœtida. Du reste, on continua ce traitement ; vers la fin de mai, une légère amélioration survient, le pouls descend souvent au-dessous de 100.

A la fin de juillet, une amélioration *vraiment surprenante* se dessina et s'établit définitivement dans l'espace de quelques jours. Le pouls tombe à 80 et 70, l'appétit renaît, les forces reviennent, la peau reprend du coloris, le goître a presque disparu. Dans ce même temps se manifestaient les premiers signes d'une grossesse. Malgré cette circonstance,

le traitement fut continué jusqu'en novembre. L'amendement qui avait commencé à la fin de juillet s'est maintenu. L'accouchement eut lieu à terme, le 28 avril 1862. Les couches ont été heureuses, le rétablissement rapide. Depuis cette époque la santé a continué à se raffermir; l'exophthalmie seule persiste, mais a diminué; le goître reparaît encore faiblement, par moments seulement.

Ce fait très-remarquable n'a pas besoin de commentaire. Ce qui lui donne plus de poids encore, c'est que la science ne possède que trois cas de goître exophthalmique où une grossesse se soit développée pendant le cours de la maladie, et que dans tous les trois le résultat a été aussi manifestement favorable que dans celui que nous venons de relater.

N'oublions pas toutefois que dans ce cas un traitement médical très-rationnel a été continué pendant plus de six mois, et qu'il paraît juste de lui accorder une part dans l'heureuse issue de la maladie.

Hoquet rebelle *accompagné d'accidents graves, guéri par l'emploi du sulfate de quinine.* Un cordonnier de Dellys (Algérie), âgé de quarante ans, entra à l'hôpital de cette ville dans le service de M. Widal, présentant un certain embarras dans les mouvements et une diminution légère de la sensibilité du côté droit, survenus à la suite d'une congestion cérébrale qui remontait à quelques mois. Cinq ou six jours avant son entrée, et après une libation copieuse (de son propre aveu il s'adonnait avec passion aux liqueurs alcooliques et particulièrement à l'absinthe), il fut pris d'un hoquet violent dont les spasmes incessants et redoublés le rendirent impropre à tout travail et le forcèrent de garder le lit. Divers antispasmodiques et révulsifs et, en dernier lieu, le sous-nitrate de bismuth n'avaient amené aucun résultat. Le hoquet dont souffrait cet homme était tellement intense et bruyant, qu'on en entendait les éclats jusque dans la cour de l'hôpital. Le nombre des contractions diaphragmatiques s'élevait jusqu'à 55 par minute, et leur énergie était telle, que tous les muscles du tronc y participaient. Dyspnée considérable, inspirations courtes, interrompues, face rouge, vultueuse, parole brève, agitation, anxiété, langue blanche, saburrale, dégoût pour toute espèce d'aliment, pouls petit (80). (Infusion d'oranger, potion avec éther et laudanum, vésicatoire sur l'épigastre, sinapismes aux extrémités.)

Le lendemain, même état; l'agitation et l'insomnie ont persisté toute la nuit. Le malade, qui, depuis cinq jours, n'a pu avaler, sans la vomir, la moindre cuillerée de bouillon, se plaint d'une faiblesse extrême. (Une pilule d'extrait d'opium de 0gr,025 à prendre toutes les deux heures, pansement du vésicatoire, avec le chlorure de morphine, lavements purgatifs.)

Le jour suivant, malgré l'énorme dose d'opium ingérée, le hoquet persiste avec la même violence, l'épigastre est un peu sensible à la pression; le malade n'a pas dormi un instant. Diminution progressive des forces, pouls très-petit, parole difficile, interrompue par le hoquet, inappétence complète. M. le docteur Widal recourut successivement à l'extrait de belladone porté jusqu'à 0gr,25 dans les vingt-quatre heures, au valérianate de zinc, au sous-nitrate de bismuth, à la magnésie, aux évacuants. Toujours même insuccès. Le chloroforme à l'intérieur, essayé plusieurs fois, ne réussit pas mieux. Cependant l'état du malade s'aggravant de plus en plus, M. Widal, en désespoir de cause, eut l'idée de recourir au sulfate de quinine. Bien que cette affection ne pût être soupçonnée d'origine paludéenne, bien que le malade n'eût jamais souffert des fièvres, et que son hoquet n'eût présenté jusque-là le moindre signe d'intermittence, M. Widal prescrivit 0gr,8 de sulfate de quinine à prendre en une fois, à dix heures du matin. Le lendemain, on apprit que le hoquet avait complétement disparu, dès la veille, trois heures après l'ingestion du sulfate de quinine. Le contentement avait succédé à l'abattement sur les traits rayonnants du malade, qui avait retrouvé à la fin le sommeil et l'appétit. Le sulfate de quinine fut continué pendant trois jours à la même dose; le hoquet ne reparut plus et l'alimentation progressivement augmentée rendit promptement les forces au malade. Le hoquet avait persisté sans relâche pendant dix-neuf jours. (*Gaz. méd. de l'Algérie*, août 1862.)

Ponction hypogastrique de la vessie *pratiquée à sept années de distance sur le même sujet.* Les cas de rétention d'urine qui nécessitent la ponction de la vessie sont beaucoup plus communs, paraît-il, chez la race éthiopienne que chez les Européens. La cause la plus ordinaire de cette

particularité, d'après M. le docteur Chassaniol, médecin en chef de la marine, est due aux rétrécissements souvent multiples du canal de l'urètre, conséquences de blennorrhagies fréquentes et rarement traitées d'une manière rationnelle.

« Dans le courant de juin 1859, dit M. Chassaniol, je fus prévenu qu'un nègre était entré dans le service de chirurgie de l'hôpital Saint-Louis (Sénégal) pour rétention complète d'urine. Je me rendis près du malade, qui me montra au-dessus du pubis une petite cicatrice ayant la forme triangulaire d'un stigmate fait par une sangsue volumineuse ; puis il me pria immédiatement de lui percer de nouveau l'abdomen. Mais, lors de la première ponction, qui avait eu lieu sept années auparavant, les chances de réussite étaient plus grandes, attendu que cette dernière fois le malade était très-affaibli par de longues souffrances dues à des coarctations anciennes du canal, qui occasionnèrent pendant longtemps une suppression presque complète d'urines ; de là les conséquences évidentes des accidents de résorption : maigreur extrême ; odeur urineuse de la sueur ; pouls petit, très-fréquent ; diarrhée, vomissements, etc. Il va sans dire qu'avant l'opération toutes les tentatives de cathétérisme avaient été sans résultat. Non-seulement des coarctations multiples et infranchissables existaient dans la presque totalité de l'urètre, mais encore il y avait, sinon contre-indication formelle, du moins obstacle sérieux à pratiquer l'opération dite *de la boutonnière*, par suite d'un engorgement considérable et *partiel* de la prostate, accident qui, dans l'espèce, est plus grave, comme on le sait, que l'engorgement de la totalité de la glande, l'urètre, dans ce cas, se trouvant diminué et naturellement dévié. »

M. Chassaniol crut devoir, en conséquence, comme dernière ressource, faire une seconde ponction à 3 centimètres au-dessus du pubis et près de la première cicatrice. Une quantité considérable d'urine fut évacuée ; puis remplaçant, quarante-huit heures après, la canule métallique du trocart courbe du frère Côme par une sonde en gomme élastique glissée dans celle-ci, il dut porter tous ses soins au rétablissement du cours normal des urines ; mais tout fut infructueux, et le malade, huit jours après la ponction, enlevant souvent la sonde malgré les prescriptions, continuait, sans accidents immédiats, à uriner par un canal artificiel. M. Chassaniol est convaincu que cet homme, qui a vécu plus de deux mois après l'opération, eût guéri si la vessie, qui ne se vidait qu'incomplétement, n'eût entretenu une résorption lente qui lui a été fatale. (*Union méd.*, septembre 1862.)

Staphylome pellucide, *traité avec succès d'après le procédé de Tyrrel modifié.* Ce procédé, connu sous le nom d'*iridésis*, et auquel M. Critchett ajouta une légère modification, la ligature de l'iris, consiste, comme on sait, à ouvrir sur les deux extrémités du même diamètre et à son union avec la sclérotique, la cornée devenue conique. On engage l'iris dans cette ouverture, et cette opération, qui semble n'avoir d'autre effet que d'allonger la pupille, amène, paraît-il, à sa suite, l'aplatissement de la cornée et sa réduction à une forme plus normale. Une jeune fille, ayant un double kératoconus, a vu son état très-avantageusement modifié par l'opération en question, que le professeur Botto pratiqua en deux séances. La malade, qui avait presque absolument perdu la vue, n'éprouva aucun accident par le fait de l'opération, et vit graduellement ses cornées s'aplatir et la fonction se rétablir d'une façon très-satisfaisante. Elle voit aujourd'hui au loin et lit à la distance commune. En fixant par enclavement les deux extrémités d'un même diamètre de la pupille dans les plaies correspondantes pratiquées à la cornée, le professeur Botto se proposa de neutraliser l'excès de pression de l'humeur de la chambre antérieure sur la cornée, et de donner en même temps deux points d'appui à la résistance cornéale. (*Annal. d'oculistiq.* et *Journ. de méd. de Bordeaux*, juillet 1862.)

VARIÉTÉS.

Congrès international d'ophthalmologie.

Ainsi que nous l'avions annoncé, avec toute la presse médicale, dans un de nos derniers numéros, le congrès international d'ophthalmologie a tenu, la se-

maine dernière, sa seconde session, la première ayant eu lieu, comme on peut se le rappeler, à Bruxelles en 1857. Nous avons assisté à quelques-unes de ses séances, et nous en avons rapporté plus d'un enseignement. Le premier de tous est l'importance, et ajoutons même le respect qu'il faut accorder désormais à une science qui s'établit ainsi. Et nous ne parlons pas ici seulement des illustrations qui n'ont point dédaigné d'y venir prendre part, et même d'en diriger le cours, car nous sommes plutôt sous l'impression de la valeur des choses dites que de la juste autorité des orateurs.

Les souvenirs que nous allons invoquer justifieront, nous en sommes sûr, les impressions que nous communiquons ici à nos lecteurs.

Quand nous aurons dit quels étaient les chefs et les directeurs-nés de cette assemblée, quand nous aurons nommé les Ruete, les Donders, les Arlt, les Critchett, les de Graëfe, et tant d'autres, qu'il serait trop long d'énumérer, nous aurons suffisamment établi tout le sérieux de cette réunion. Mais nous ne saurions donner une idée de son élévation qu'en essayant de faire résonner ici quelques échos de la langue nouvelle qui y a été parlée.

En se qualifiant de science, l'ophthalmologie — nous entendons l'ophthalmologie nouvelle — avait-elle usurpé ? Nos lecteurs en jugeront : branche déjà importante de la chirurgie générale, l'oculistique s'est vue enrichie, depuis une dizaine d'années, de moyens de diagnostic qui deviennent entre ses mains — exemple unique dans toute la médecine — une véritable investigation d'anatomie pathologique, pratiquée *ante mortem*. Armé de l'ophthalmoscope, l'ophthalmologiste assiste au début, à la période d'état, à la résolution du processus congestif et inflammatoire, et dans quels tissus ! dans les tissus les plus vasculaires, les plus délicats de l'économie ! Il y assiste armé en réalité du microscope, car l'appareil ophthalmoscopique est un véritable microscope. Il suit pas à pas l'absorption atrophique, l'exsudation, la formation des plasmas ainsi que leur résorption. Il saisit sur le fait le mécanisme des embolies artérielles et veineuses et constate leurs conséquences dans les tissus du voisinage. Il est témoin des résultats immédiats des apoplexies dans des tissus qui ne le cèdent point à ceux du cerveau pour la délicatesse ou l'importance. Enfin, dans les modifications d'apparence de l'expansion terminale d'un des plus gros et des plus courts des nerfs crâniens, du nerf optique, il conjecture l'état de l'autre extrémité de ce nerf, c'est-à-dire du centre même de la masse encéphalique, des couches optiques. Voilà pour ceux qui, appelant à bon droit science l'anatomie pathologique, seraient tentés de refuser ce titre à l'ophthalmologie. Qu'ils se fassent représenter auparavant le mémoire et les préparations de M. Schweiger sur les altérations de la choroïde, et les magnifiques planches de M. Liebreich sur les altérations des membranes profondes de l'œil reconnaissables à l'ophthalmoscope.

S'il est un côté des connaissances médicales qui fut pratiquement un objet d'embarras, pour ne pas dire davantage, pour tout homme de l'art appelé à se prononcer sur une question à lui soumise, c'est assurément la nécessité d'interpréter les simples troubles fonctionnels que la vue d'un sujet pouvait offrir à son attention ; nous ne craignons pas de dire qu'il n'était pas un de ces troubles, pour commun qu'il fût, qui, jusqu'aux beaux travaux de M. Donders, ait pu sainement et complétement être apprécié. Eh bien, la classification introduite par l'illustre Hollandais, rien que dans la manière de considérer les différents états de la réfraction dans un œil donné, suivant que le foyer des rayons parallèles, lors de l'état d'indifférence, vient se former avant la rétine, sur la

rétine ou après la rétine, est un trait de génie qui eût honoré le plus distingué des physiciens. Quels sentiments ne concevrons-nous pas en voyant ces éléments théoriques transformés en données pratiques pour le pathologiste, les différents troubles de la vision scientifiquement définis, différenciés entre eux, et l'étude analytique de la vision d'un malade formulée en principes que ne désavouerait pas la section de géométrie. Mais cette belle classification est déjà de l'histoire ancienne, et les communications du professeur d'Utrecht, au congrès d'ophthalmologie, ont marqué de nouveaux progrès dans une voie déjà si brillamment ouverte. Une grande idée a toujours des filles dignes de leur mère ; des notions saines sur les différents états de la réfraction dans les différents yeux devaient faire naître des aperçus nouveaux sur les anomalies secondaires de la physiologie de la vision.

Considérée jusqu'ici comme composée de deux organes, dont l'un doublait et répétait purement et simplement les effets de l'autre, la vision a dû être étudiée comme un acte complexe, comme la résultante, comme l'effet de l'association de ces deux organes. Dès lors est apparu, avec son importance, le principe qui va présider au regard associé ou binoculaire. On prévoit qu'une loi de synergie existe nécessairement entre l'acte qui modifie l'état de la réfraction dans chaque œil et les forces qui vont diriger et gouverner leur convergence mutuelle. Si des essais sont tentés en France pour entrevoir les lois de cette synergie, dans l'état physiologique, ces anomalies sont reconnues à Berlin et à Utrecht. M. de Graefe vient exposer devant le congrès ses premiers aperçus sur la rupture de l'équilibre entre la convergence et l'accommodation ; il décrit les troubles de l'asthénopie musculaire, indique les moyens de les reconnaître, et trace les méthodes thérapeutiques qu'ils réclament. Comme pour faire suite à cette première page du tableau et la compléter, M. Donders succède au savant son ami, et, dans un exposé plein de faits nouveaux, fonde une nouvelle étiologie scientifique du strabisme, dont il faudra désormais aller chercher le point de départ et l'origine dans ces mêmes aberrations d'harmonie survenues entre le système dioptrique et l'appareil de la convergence. Ajouterons-nous à ce tableau l'histoire entière de l'astigmatisme, cette sorte de problème géométro-physiologique que les auteurs classiques reproduisaient l'un après l'autre avec une espèce de crainte d'avoir à en rencontrer quelques exemples sous leurs pas, et qui maintenant a également sa formule pratique simple et facile, comme est le choix d'un verre pour un myope.

Voilà ce que nous entendions par cette expression de langue nouvelle parlée au congrès international d'ophthalmologie, et que nous regrettons d'avoir été en si petit nombre à écouter parmi les représentants de la médecine parisienne.

Oui, notre regret a été profond, non pas seulement au point de vue des égards que méritait un tel concours d'illustrations et de célébrités de premier ordre, mais il nous a semblé que ce tribut payé à la grandeur de la France intellectuelle d'autrefois, ces savants partaient avec la pensée qu'ils n'avaient rencontré personne digne de le recevoir. Et nous avons recherché la cause de ce dédain, ou plutôt, nous aimons à le croire, de ce malentendu. Elle est, nous devons le croire, dans une opinion qui a pris, dans la Faculté de Paris, les proportions d'un principe, quand elle méritait tout juste la qualification de préjugé, de contradiction et peut-être de faiblesse. Nous voulons parler de la guerre aveuglément soutenue depuis trop d'années contre les spécialités, préjugé singulier dans une réunion qui ne compte rien moins que des encyclopé
C'est un grand sujet de tristesse de voir les représentants de la science li

de celle née, comme toutes nos autres conquêtes intellectuelles, à la fin du siècle dernier, endossant avec la simarre professorale les vieilles présomptions des Facultés de l'ancien régime. Le maître en chirurgie, à qui la révolution a donné un siége dans cette faculté, qui jadis lui refusait jusqu'à la qualité de profession libérale, éloigne et dédaigne à son tour l'obstétricien, jusqu'à ce que celui-ci, forçant la porte, vienne partager le dédain commun pour le lithotomiste ou le syphilographe; nous ne parlons pas des oculistes. Préjugé qui montre toute sa vanité quand il se voit aux prises avec les insuffisances individuelles; quand le chirurgien appelle au lit de ses proches malades le clinicien versé dans l'appréciation des bruits du cœur; quand celui-ci, effrayé de certaines incohérences de langage d'un parent, invoque, en grande hâte, les lumières spéciales du médecin de Charenton ou de Bicêtre; quand, dans d'autres cas moins avouables, l'un ou l'autre a besoin, pour un enfant dévoyé, du diagnostic du célèbre chirurgien de l'hospice du Midi; nous pouvons bien arrêter là notre énumération, la conséquence se comprend de reste. Or, nous le demandons, parmi nos honorés maîtres de la Faculté de Paris, — et nous choisirons même celui qu'entre eux nous estimons le plus, — quel est celui qui, après avoir entendu les communications scientifiques dont nous avons plus haut donné le simple énoncé, se fût cru en état d'atteindre à cette hauteur par ses seules forces, en même temps, bien entendu, qu'il eût réalisé d'autre part et le haut savoir qu'il possède en d'autres matières, et, pourrions-nous ajouter, le bagage encyclopédique de ses collègues? La réponse à cette question résout celle des spécialités.

C'est sans doute pour faire allusion à cette fatuité digne d'un autre âge qu'au banquet d'adieu des membres du Congrès, M. Donders, professeur de physiologie et, si nous ne nous trompons, titulaire de deux autres chaires à l'Université d'Utrecht, a porté le toast suivant :

« Aux spécialités médicales; — à la spécialité, condition aujourd'hui obligée du véritable progrès des sciences. Au point où sont parvenus aujourd'hui les connaissances humaines, nul esprit, si puissant qu'il soit, ne peut se flatter d'être encyclopédiste; si, pour pouvoir comprendre chaque science, et posséder les principes communs qui les relient l'une à l'autre, un niveau général est jusqu'à une certaine époque nécessaire, ainsi qu'un point au départ commun, le progrès de chacune impose absolument la spécialisation. Qui d'entre nous, après s'être consacré pendant vingt ans à l'étude de l'œil, pourrait croire le connaître en entier? Qui dit progrès dit aujourd'hui spécialisation. »

Et en effet, à Paris aussi bien qu'à Utrecht, les journées n'ont que vingt-quatre heures; nous pourrions même dire qu'elles ont moins que cela chez nous, comme dans toutes les grandes capitales, où une plus forte disproportion existe entre les nécessités et les ressources, et où, comme à Londres, *Time is money*.

Une autre considération réclame encore de nous une dernière réflexion : On aime encore quelquefois à confondre la spécialité avec l'empirisme; et ce dernier nom est mis souvent là à la place d'une autre qualification plus brutale. Si l'on dit, à bon droit, que le véritable rempart contre la tendance au charlatanisme est dans l'élévation d'esprit, compagne ordinaire de la vraie science, nous croyons n'avoir plus besoin aujourd'hui de rompre aucune lance en faveur de l'ophthalmologie. Elle offre dans son incontestable hauteur la garantie de son propre respect pour elle-même. S'il avait pu exister quelques doutes à cet égard sur la composition d'un congrès d'ophthalmologie, les noms distingués qui en formaient la tête de colonne eussent dû rassurer à cet égard. Les

illustres professeurs qui, de tous les points de l'Europe, sont arrivés dans nos murs, amenant chacun avec eux tout un cortége d'élèves distingués, ne devaient, pas plus que leurs confrères de Paris, tendre les bras aux déméritants de la profession. Sous ce rapport *science oblige* et ne fait point divorce avec l'honorabilité; et nous ne doutons pas que chacun d'eux n'eût, tout comme les plus susceptibles d'entre nous, refusé de siéger à côté d'un collègue qu'en qualité de confrère il n'eût pas consenti à rencontrer en consultation.

Il ne nous reste plus rien à dire, qu'à constater en terminant l'effet puissant acquis par cette dernière réunion du congrès ophthalmologique, et à engager ceux de nos confrères que ces enseignements concernent à en méditer la portée et apprécier les conséquences.

DE LA RESTAURATION MÉCANIQUE DES MACHOIRES SUPÉRIEURE ET INFÉRIEURE [1].

De la restauration du maxillaire entier.

Appelés incessamment à traiter des lésions organiques du maxillaire qui entraînent fatalement la mort des malades, les chirurgiens, en face d'un danger aussi pressant, et témoins des résultats des mutilations aussi étendues produites par les blessures de guerre, devaient finir par oser sacrifier cet os. A Lizars et à Gensoul appartient l'honneur d'avoir pratiqué les premières extirpations totales d'un maxillaire supérieur affecté de cancer.

Les inconvénients produits par la perte de substance de cette partie du squelette de la face sont tels que, malgré leur innocuité relative, ces opérations sont restées longtemps, du moins en France, des ressources exceptionnelles. Mais, depuis que M. Preterre est venu nous prouver qu'on pouvait, par l'emploi d'appareils prothétiques, parer aux résultats fâcheux de ces mutilations, c'est-à-dire permettre la mastication, rendre la parole perdue, prévenir toute difformité des traits du visage, la résection du maxillaire est devenue une opération courante; il n'est pas aujourd'hui de chirurgien de nos grands hôpitaux qui ne l'ait pratiquée.

Les progrès de cette partie de la prothèse a même exercé une influence sur la médecine opératoire. Certains chirurgiens, en voyant combler si facilement les vides qu'ils créaient, n'ont pas hésité à avoir recours à l'ablation du maxillaire comme opération préliminaire de l'extirpation des polypes naso-pharyngiens. Comme notre but est surtout de mettre en relief les ressources de la prothèse, nous allons rappporter un exemple de restauration du maxillaire enlevé dans ces circonstances.

Obs. *Polype fibreux naso-pharyngien; — ablation du maxillaire droit sain; — appareil prothétique.* — Vohlfard, tabletier, âgé de vingt-quatre ans, est admis à l'hôpital Cochin, le 14 février 1852, pour un polype naso-pharyngien qui, non-seulement envoyait un prolongement considérable dans la narine droite, mais un autre qui contournait la partie postérieure du maxillaire et venait faire saillie dans la région génienne; enfin une troisième division se projetait en arrière, vers l'apophyse basilaire. Le volume de ce polype était tel, que M. Maisonneuve crut, à l'exemple de Flaubert, de Rouen, devoir sacri-

---

[1] Suite, voir la précédente livraison, p. 282.

fier le maxillaire supérieur droit. Une incision partant de la partie médiane du nez et s'étendant jusque sur la lèvre supérieure, et une autre incision partant de la commissure pour se porter en dehors, permirent au chirurgien de disséquer un large lambeau et de le relever de façon à mettre à nu la surface osseuse de la joue droite. A l'aide d'une scie à chaîne, il fit la section de l'os malaire, de l'apophyse montante du maxillaire et de la voûte palatine. Le maxillaire enlevé, M. Maisonneuve put, avec grande facilité, détacher le polype ainsi que ses prolongements (1). Deux mois après, le malade quittait l'hôpital complétement guéri. La figure 7 montre l'étendue de la perte de substance L qui restait à combler à la suite de cette opération.

Pendant qu'il était encore dans les salles, le docteur de Villemur lui construisit un appareil en gutta-percha, sur lequel furent adaptées les propres dents du malade. Muni de cette pièce, il pouvait parler facilement, et les boissons ne pas-

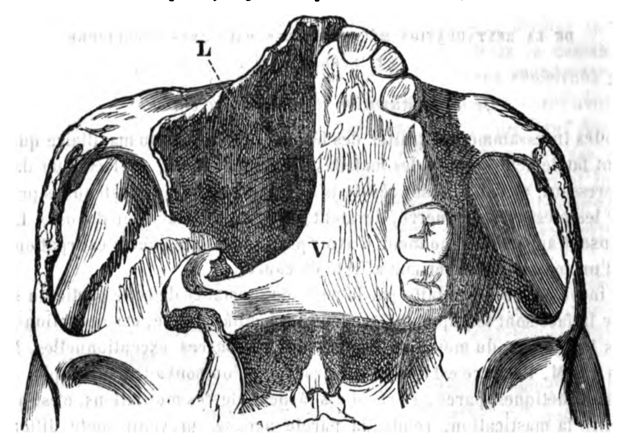


Fig. 7.

saient plus par le nez. Dans les premiers temps de l'application de cet appareil, il s'est produit un phénomène assez curieux : comme le rebord de l'obturateur appuyait sur la joue, près du canal de Sténon, la salive coulait le long de la pièce prothétique avec une grande abondance ; M. Maisonneuve y remédia en pratiquant quelques échanchrures le long de l'appareil.

Quinze jours après sa sortie de l'hôpital, Vohlfard laissa tomber l'appareil, qui se faussa et ne put plus servir. M. de Villemur en fit un second semblable au premier, seulement dépourvu de dents. Vohlfard garda cette pièce jusqu'en janvier 1857, époque à laquelle son second appareil s'étant complétement détérioré, il s'adressa à M. Maisonneuve pour en avoir un troisième. Ce chirurgien l'adressa à M. Preterre, qui construisit l'appareil suivant (2) :

---

(1) La pièce, et plus tard le malade, ont été présentés à la Société de chirurgie, où une discussion s'est élevée sur l'opportunité du procédé opératoire (voir le compte rendu des séances des 17 février et 28 avril 1852).

(2) Description de l'appareil :

Cette pièce artificielle présente à considérer trois faces et trois bords. Trois faces : une face supérieure ; — une face inférieure ; — une face externe ou droite. Trois bords : un bord postérieur ; — un bord gauche ; — un bord inférieur ou dentaire.

La face supérieure (fig. 8), irrégulièrement convexe, présente à considérer,

Voici d'abord l'état du malade dépourvu de sa pièce :

Aspect extérieur. — Lorsque le sujet n'a pas son appareil, la joue droite est un peu aplatie; la lèvre supérieure du côté droit, n'étant plus soutenue par l'arcade dentaire, se porte plus en arrière que celle du côté gauche. Vohlfard n'ayant pas de barbe, ces difformités, quoique peu considérables, sont faciles à apprécier.

Aspect de la cavité buccale. — Quand le malade ouvre la bouche, on voit que la partie gauche de l'arcade dentaire manque; en outre, l'incisive centrale du côté droit, qui était cariée, a été limée au niveau de la gencive.

Sur la partie antérieure de la voûte palatine et à gauche, on observe une ouverture ovalaire ayant à peu près 5 centimètres dans son plus grand diamètre, qui est l'antéro-postérieur, et 2 centimètres de large. Cette ouverture est limitée en dedans par le bord interne du maxillaire gauche, en dehors par la surface

---

en allant de gauche à droite, une partie volumineuse (A), éminence elliptique d'un demi-centimètre de hauteur, destinée à obturer l'ouverture de la voûte pa-

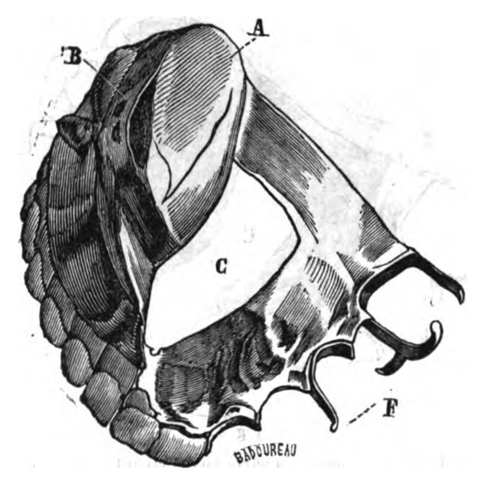


Fig. 8.

latine, et dont la partie supérieure aplatie rétablit la continuité du plancher des fosses nasales. Sur le bord externe ou droit de cette éminence on remarque une ouverture très-allongée (B), dans laquelle les mucosités et autres liquides des fosses nasales sont conduits par un petit canal courbe, creusé au-dessous de la face externe de l'appareil jusque, derrière l'extrémité postérieure de la demi-arcade dentaire supérieure artificielle, et, par conséquent, au niveau de l'entrée du pharynx. A la suite de cette éminence, et toujours en allant de gauche à droite, se trouve une lame métallique qui se moule sur la voûte palatine. Cette lame présente une perte de substance triangulaire (C) qui laisse libre la plus grande partie de la muqueuse qui recouvre la portion restante de la voûte palatine. A gauche, cette face se moule sur la partie interne du bord gingival de ce côté et se termine par un bord festonné en rapport avec la série des collets des dents de ce côté; ce bord gauche supporte les moyens d'attache que nous décrirons plus loin.

Face inférieure (fig. 9). La face inférieure présente à considérer, en allant de droite à gauche : 1° une portion verticale D, formant la face interne de la demi-arcade alvéolo-dentaire artificielle. Cette portion verticale est séparée de la portion horizontale ou palatine par une gouttière qui se termine en ar-

muqueuse de la joue, en arrière par le bord antérieur de la portion horizontale du palatin droit, et en avant par la surface muqueuse de la moitié droite de la lèvre supérieure. Cette ouverture permet de voir l'intérieur de la fosse nasale correspondante. La portion horizontale du palatin ayant été conservée, le voile du palais subsiste et ses mouvements sont tout à fait normaux.

Prononciation sans la pièce. — La voix retentit désagréablement dans les fosses nasales, et la prononciation est tout à fait inintelligible.

Mastication sans la pièce. — La mastication est complétement impossible du côté droit; les aliments passent dans la narine droite et forcent le malade à se moucher et à les expulser par la narine correspondante. Les boissons passent également par le nez. Vohlfard, ayant l'habitude de fumer, a observé qu'il ne peut allumer une cigarette lorsqu'il n'a pas sa pièce; tout mouvement de succion est impossible.

---

rière sur le bord postérieur que nous décrirons plus bas. Le reste de la face inférieure, qui est concave, complète la voûte palatine. On y remarque la perte

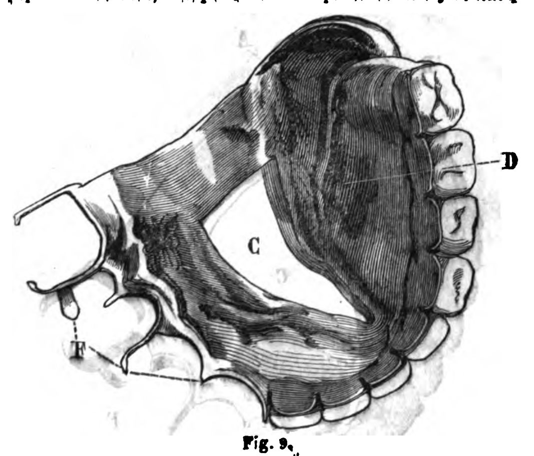


Fig. 9.

de substance C, dont nous avons déjà parlé en décrivant la face supérieure. Elle se termine par le bord gauche F, qui est en rapport avec la série des collets des dents.

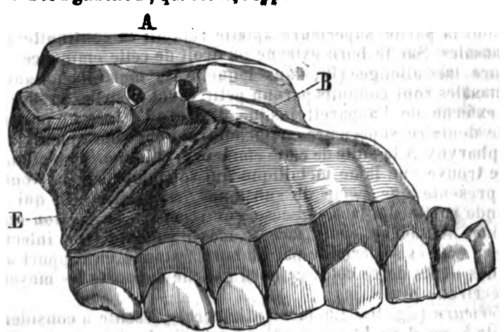


Fig. 10.

Face externe ou droite (fig. 10). Cette face, irrégulièrement plane et trian-

État du sujet muni de la pièce artificielle :

Aspect extérieur. — La partie droite de la lèvre supérieure est soutenue ; la partie droite de l'arcade dentaire, formée de dents minérales pourvues de leurs gencives, se continue parfaitement avec la demi-arcade gauche. Un dent artificielle vient se placer au-dessous de la racine de l'incisive centrale droite dont la couronne a été retranchée.

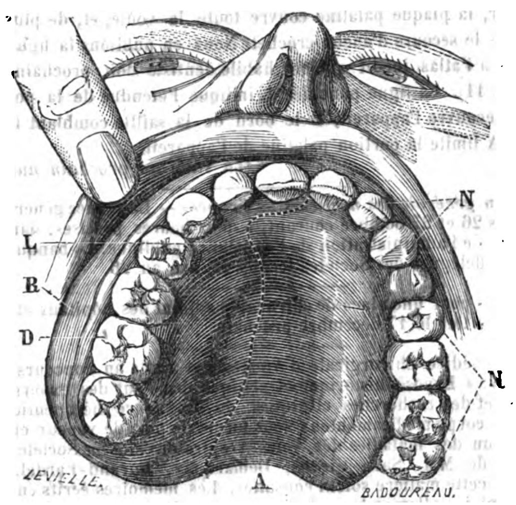


Fig. 11.

Prononciation avec la pièce. — Avec la pièce, ce jeune homme parle très-facilement et d'une manière très-correcte. Il peut élever la voix autant qu'il le juge convenable, sans que le timbre en soit altéré par aucun nasonnement.

Mastication avec la pièce. — La mastication s'exécute facilement, et le sujet

---

gulaire, présente un bord supérieur par lequel elle s'unit à la face supérieure ; un bord inférieur formé par la moitié droite de l'arcade dentaire augmentée de l'incisive centrale gauche ; un bord postérieur vertical. Elle est parcourue d'avant en arrière et de haut en bas par une saillie qui n'est que la paroi externe du petit canal E, qui conduit les mucosités des fosses nasales dans le pharynx. Cette face se termine en bas par la surface extérieure des gencives artificielles et la série des dents qui y sont adaptées.

Bord postérieur. Le bord postérieur de la pièce (fig. 9) présente à droite une partie verticale qui est mousse et sur laquelle on remarque l'ouverture inférieure du petit conduit dont nous avons déjà parlé. La portion horizontale de ce bord postérieur termine en arrière la lame qui revêt la voûte palatine.

Bord gauche. Ce bord présente une série d'échancrures séparées par des saillies et qui sont en rapport avec la série des collets des dents. Ce bord supporte les moyens d'adhérence qui sont constitués par des lames métalliques FFF qui s'engagent entre les dents de ce côté (fig. 8 et 9). La couronne de la première grosse molaire est entourée par ses faces intérieure et latérales par une lame d'un demi-centimètre de hauteur. La canine, la première et la deuxième petites molaires offrent aussi des points d'appui à l'appareil.

La pièce adhère en partie par l'adaptation des surfaces, en partie au moyen des lames métalliques qui embrassent les couronnes des dents.

Bord inférieur. Le bord inférieur est formé par la face triturante des huit dents artificielles, y compris l'incisive centrale gauche. (*L'art dentaire*, 1859.)

peut mâcher du côté droit, dont la demi-arcade dentaire est artificielle. Il commence la mastication à gauche, et le côté droit concourt à l'achever. Vohlfard, muni de sa pièce, fume facilement.

Cet homme porta cette pièce pendant quatre ans.

Depuis la publication de ce fait intéressant, M. Preterre a construit pour Vohlfard un nouveau modèle en vulcanite. Comme cette substance est plus légère que l'or, la plaque palatine couvre toute la voûte, et, de plus, elle tient en place sans le secours d'aucun crochet. Nous en publions la figure que nous empruntons à l'atlas inédit que cet habile dentiste doit prochainement faire paraître (fig. 11). La ligne ponctuée L indique l'étendue de la perte de substance que recouvre l'appareil, B le bord de la saillie comblant la cavité du maxillaire, A limite la portion palatine de l'appareil.

(La suite au prochain numéro.)

Association générale des médecins de France. — La séance générale annuelle aura lieu les 26 et 27 octobre courant, à deux heures précises, dans le grand amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique. Le banquet offert aux présidents et délégués des Sociétés locales est fixé au 26.

Un concours pour une place de chirurgien adjoint des hôpitaux et hospices de Bordeaux aura lieu le 17 décembre prochain.

La Société médico-chirurgicale d'Amsterdam a mis au concours la proposition suivante : « Exposé historique et critique, basé sur des expériences (physiologiques) et des recherches cliniques, de l'influence thérapeutique de l'inspiration des corps médicamenteux sous forme de gaz, de vapeur et en poudre, sur la guérison des maladies des voies respiratoires. » La Société désire que les travaux de MM. Sales-Girons, Demarquay, Durand-Fardel, Poggiale, Fournié, sur cette matière soient consultés. Les mémoires écrits en hollandais, français, anglais, allemand ou latin, devront être adressés *franco,* avant le 1er juin 1863, dans la forme académique, à M. le docteur Tilanus, secrétaire général de la Société, à Amsterdam. Le prix est une médaille d'or de la valeur de 30 ducats (environ 360 francs).

Prix Bonnet. — La Commission du monument élevé par souscription à la mémoire de Bonnet, voulant exciter l'émulation de la jeunesse qui se destine au service des hôpitaux, a consacré une somme de 2,000 francs à la fondation d'un prix, qui sera décerné chaque année à l'élève en médecine reçu le premier au concours de l'internat des hôpitaux de Lyon. Ce prix, consistant en une trousse d'honneur munie de ses instruments, portera l'inscription *Prix Bonnet* et le nom de l'élève qui l'aura obtenu. Le Conseil d'administration des hôpitaux de Lyon a agréé la fondation de ce prix et s'est chargée d'en assurer les effets à l'avenir et à partir de la présente année.

La Société médico-chirurgicale d'Amsterdam, à la suite d'un concours sur les déviations de la taille, vient d'accorder une médaille d'argent et le titre de membre correspondant à M. le docteur Pravaz, de Lyon, qui continue dignement les travaux par lesquels son père avait obtenu un rang si distingué parmi les chirurgiens de notre époque.

Le 1er octobre a eu lieu l'ouverture de l'hôpital militaire Saint-Martin, établi sur l'emplacement autrefois occupé par l'hospice des Incurables (hommes).

L'administration des hôpitaux fait construire en ce moment une aile nouvelle à l'est de l'hôpital Saint-Antoine, dont le nombre des lits se trouvera ainsi considérablement augmenté.

M. Roux-Martin, ancien chirurgien-major de la marine, est mort à Paris le 28 septembre dernier, à l'âge de soixante-trois ans.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.



THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du traitement de l'incontinence nocturne d'urine, au moyen des dragées au fer et à l'ergot de seigle.

Par M. le docteur Auguste Millet, lauréat de l'Académie impériale de médecine.

Les causes de l'incontinence d'urine étant nombreuses et variées, il est indubitable qu'un remède, quel qu'il soit, ne peut avoir la prétention de guérir toujours ; mais comme, chez les enfants, chez les jeunes filles, chez les vieillards, l'anémie joue souvent un rôle très-considérable dans la production ou dans l'entretien de cette maladie, il n'est pas surprenant que certaines préparations anti-anémiques aient une efficacité que d'autres n'auront jamais dans ces cas-là, et ne pourront même jamais avoir.

Nous ne voulons pas, dans cet article, faire le procès des préparations ferrugineuses, soit seules, soit associées aux balsamiques, aux amers, aux toniques, etc. Nous ne voulons pas dire que les affusions froides, que les bains froids, que les bains de surprise, seront tout à fait impuissants. Nous ne prétendons pas que les bains de mer n'aient pas amené de guérison et n'en amèneront pas. Nous ne nous récrions pas contre les vésicatoires appliqués soit à la région hypogastrique, soit à la région sacrée, car ils nous ont parfois rendu service. Nous ne calomnions pas la teinture de cantharides à laquelle nous nous sommes plusieurs fois adressé, et qui nous a procuré des guérisons, sinon radicales, du moins temporaires. Nous ne dirons surtout pas de mal de la belladone, moyen tant vanté, tant préconisé, et par Bretonneau, et par son élève, le professeur Trousseau. La belladone, nous a réussi comme elle a réussi entre les mains de ceux qui ont su la manier, mais elle ne nous a pas procuré tout ce qu'elle semblait devoir nous donner de guérisons ; et il n'est personne parmi les médecins qui l'ont largement expérimentée, qui n'ait constaté qu'elle était souvent tout à fait inefficace. Elle faisait bien merveille pendant quelques jours, puis l'incontinence reparaissait, et, quoiqu'on élevât progressivement la dose et qu'on administrât 8, 10, 12 et même jusqu'à 15 centigrammes d'extrait et de poudre de racine de belladone en une seule fois, le matin à jeun, toujours à la même heure, on n'obtenait rien. Nous n'accuserons pas le lupulin, dont l'administration a parfois été suivie d'excellents résultats. Nous ne rejetterons pas le mastic en larmes, qui a eu ses succès et ses revers. Nous ne proscrirons pas la strychnine, qui a donné des avantages incontestables à MM. Ribes père, Mau-

ricet et Mondière. Nous ne nous montrerons pas non plus injuste envers l'électricité, qui compte des admirateurs. Nous ferons aussi bon accueil à l'ergot de seigle, que nous avons maintes fois employé seul dans certains cas d'incontinence nocturne d'urine, comme nous l'avons mentionné ailleurs [1]. Nous ne condamnerons pas non plus la cautérisation du col de la vessie, conseillée et employée avec bonheur par M. le professeur Lallemand, de Montpellier,

Certes, nous avons produit là une nomenclature détaillée des moyens les plus ordinairement employés pour combattre la dégoûtante infirmité connue sous le nom d'*incontinence d'urine ;* mais, de tous ces moyens, nous ne craignons pas de le dire, parce que c'est l'expression de la plus exacte vérité, aucun ne nous a rendu autant de services que les dragées au fer et à l'ergot de seigle de M. Grimaud, de Poitiers; et nous devons avouer et convenir que cette association heureuse du fer et de l'ergot de seigle, faite en des proportions que l'auteur a fait suffisamment connaître, puisqu'il a publié sa formule, constitue un remède véritablement héroïque en certaines circonstances déterminées. Du reste nous reproduisons cette formule :

Pr. Limaille de fer pure et très-fine.......	25 centigrammes.
Ergot de seigle en poudre...........	5 centigrammes.
Sucre pour enveloppe................	Q. S.

Pour une dragée.

Ayant été chargé officiellement par la Société médicale d'Indre-et-Loire d'expérimenter ces dragées et de faire un rapport [2] sur l'efficacité ou la non-efficacité dont elles pourraient jouir, nous nous sommes mis à l'œuvre, et nous avons rassemblé un nombre de faits personnels, suffisant pour asseoir notre jugement, et nous avons dit de cette préparation le bien que nous en devions dire, car nous le pensions. Quelques-uns de nos collègues avaient aussi, de leur côté, employé les dragées dans des cas de chlorose, d'anémie, de leucorrhée, et avaient été également frappés des résultats prompts et heureux qu'ils avaient obtenus. Ils vinrent donc nous prêter l'appui de leurs témoignages et renchérir sur ce que nous avions mentionné.

Aujourd'hui, les faits que nous avons pu nous procurer sont au-

---

[1] Du seigle ergoté sous le rapport physiologique, obstétrical et de l'hygiène publique, mémoire couronné (grand prix) par l'Académie de médecine de Paris, en 1852 ; Paris, in-4°. J.-B. Baillière.

[2] Recueil des travaux de la Société d'Indre-et-Loire. Année 1859, p. 54 et suivantes.

trement importants, autrement nombreux qu'ils ne l'étaient en 185[illegible]; et nous avons en main une foule d'observations toutes plus intéressantes les unes que les autres, venant nous démontrer combien cette préparation est efficace dans les cas difficiles et rebelles. Les résultats que nous avons parfois obtenus, d'autres ne les eussent peut-être pas eus, car nous avons mis une opiniâtreté, une ténacité telle dans l'administration du médicament, que nous avons vaincu la maladie. Nous le démontrerons parfaitement dans l'exposé de notre troisième observation.

Nous savons bien que le nombre des préparations ferrugineuses employées et préconisées en médecine est très considérable, et que tous les jours on en voit apparaître de nouvelles. Peu nous importe. Nous nous adresserons toujours et de préférence à celles qui nous rendront les meilleurs services, et nous croyons que tous les praticiens jaloux de la santé de leurs malades feront de même. Eh bien! de toutes les préparations ferrugineuses solubles ou insolubles, aucune ne produira ce que produisent les dragées au fer et à l'ergot de seigle de Grimaud, dans l'incontinence nocturne d'urine, car nous avons maintes fois réussi avec cette préparation, quand les autres ferrugineux avaient échoué.

Que, pour les chloroses, les anémies, les leucorrhées, vous ayez recours soit au fer réduit par l'hydrogène, soit à la limaille de fer, soit au pyrophosphate de fer, soit au lactate de fer, soit au citrate de fer, soit aux pilules de Blaud ou de Vallet, soit aux dragées au proto-iodure de fer, etc., etc., nous applaudirons et nous n'aurons aucune observation à faire; chacun est libre en ce cas, et donne ses sympathies à telle ou telle préparation. Et cependant, nous nous permettrons encore une toute petite réflexion, que l'on voudra bien nous pardonner, vu l'importance du sujet. Nous nous expliquons.

Il est évident que l'ergot de seigle a une action spéciale sur l'utérus, qu'il stimule, qu'il excite; et cette stimulation a lieu non-seulement sur l'utérus renfermant le produit de la conception ou un produit pathologique, mais encore sur l'utérus à l'état de vacuité complète, comme nous avons pu le vérifier assez souvent. Eh bien, chez certaines jeunes filles tourmentées par la première apparition des règles, qui se montre difficile, douloureuse, lorsque les autres préparations ferrugineuses ont échoué, il y a chance de réussir avec les dragées anti-anémiques au fer et à l'ergot de seigle; et, en cette circonstance, l'association de l'ergot au fer est encore heureuse. Un collaborateur du *Bulletin de Thérapeutique*, M. le docteur

Duclos, de Tours, affirmait à la Société médicale d'Indre-et-Loire([1]), qu'une jeune fille de dix-neuf ans, chez laquelle il avait inutilement essayé diverses préparations ferrugineuses pour solliciter la première apparition des règles, s'était montrée réfractaire à tous les moyens employés ; et que l'administration, en désespoir de cause, des dragées au fer et à l'ergot de seigle, avait amené la prompte manifestation des menstrues.

Du reste, l'importance de cette préparation ferrugineuse n'avait pas échappé à l'illustre Bretonneau, qui écrivait, à la date du 7 juin 1857 à son élève chéri, M. le professeur Trousseau, de ne pas négliger de comparer les effets anti-anémiques de l'excellente préparation de M. Grimaud, de Poitiers, avec celles qui étaient déjà connues.

Mais voilà une bien longue digression, et nous avons tout à fait laissé de côté l'incontinence d'urine. Nous y revenons donc, et, comme il n'y a rien de brutal et de significatif comme des faits, nous allons en rapporter brièvement quelques-uns.

Obs. I. *Incontinence nocturne d'urine depuis la naissance chez un jeune homme de quatorze ans. — Insuccès de la belladone à haute dose, de la teinture de cantharides, des bains froids, des vésicatoires hypogastriques.— Guérison rapide avec les dragées au fer et à l'ergot de seigle de Grimaud.* — Le 12 janvier 1859, nous fûmes consulté par Mme M***, demeurant à la Tranchée, pour un de ses fils, âgé de quatorze ans, d'une santé faible et délicate, qui urinait au lit depuis sa naissance. Ce jeune homme, qui n'a pas de mauvaises habitudes, avait été traité par Bretonneau, à l'aide de la belladone : il avait pris jusqu'à 12 centigrammes de poudre de racine et d'extrait de cette plante le matin à jeun, en une seule dose, et avait été obligé de cesser cette médication, par suite des insuccès dont elle avait été suivie. La teinture de cantharides à haute dose, conseillée par le médecin ordinaire de cette dame, n'avait rien produit non plus. Les bains froids, les vésicatoires à l'hypogastre, et des applications de glace au périnée, n'avaient produit que des amendements tout à fait temporaires. La mère était désolée, et quand elle nous amena son fils, elle nous avoua que c'était là la dernière tentative qu'elle ferait.

Le jeune Edouard était pâle, défait, amaigri ; il ne toussait cependant pas. Nous prîmes néanmoins le soin de l'ausculter, et nous ne constatâmes rien d'anormal dans les poumons. Nous conseillâ-

---

([1]) *Loc. cit.*, p. 56.

mes une boîte de dragées au fer et à l'ergot de seigle de Grimaud, et prescrivîmes d'en faire prendre d'abord cinq matin et soir, au moment des repas ; d'observer minutieusement ce qui surviendrait et de revenir dans huit jours.

Le 20, elle nous annonça que, depuis le 17, son fils n'avait pas uriné au lit ; mais que cela étant arrivé déjà à chaque changement de médication, elle ne pouvait encore se réjouir et croire à une guérison. Nous l'engageâmes à continuer la même dose de dragées.

Le 31, il n'y avait eu qu'une nuit où Edouard avait uriné involontairement. La première boîte était sur le point d'être achevée ; nous en prescrivîmes une seconde.

Le 13 février, la guérison semblait assurée. Le teint de ce jeune homme était excellent ; l'appétit était vif ; il n'y avait plus cet air de langueur, d'anémie signalé auparavant.

Le 24, la seconde boîte était terminée. Pour assurer une cure définitive, nous conseillâmes à Mme M*** de laisser reposer son fils pendant quinze jours environ, puis de lui faire prendre une demi-boîte en dix jours ; de laisser un intervalle de vingt jours encore, de finir la seconde moitié de la boîte, et de suspendre ensuite tout traitement.

Le 2 septembre 1862, c'est-à-dire au bout de trois ans et demi, la guérison ne s'était pas démentie,

Obs. II. *Incontinence nocturne d'urine datant de sept ans chez une jeune fille âgée de onze ans. — Essai infructueux de plusieurs médications. — Guérison avec les dragées au fer et à l'ergot de seigle de Grimaud.* — Le 16 septembre 1860, Mlle A. R***, en pension chez des religieuses, nous fut présentée pour être traitée d'une incontinence nocturne d'urine survenue depuis sept ans et consécutive à une fièvre typhoïde. Le médecin de Mme R***, homme fort capable, avait essayé plusieurs moyens sans succès ; il avait eu surtout recours à la belladone, qu'il avait maniée avec l'habileté d'un disciple fervent du docteur Bretonneau. Mais un amendement insignifiant dans la position de cette jeune fille ne lui avait pas permis de continuer ses essais plus longtemps. Les frictions stimulantes, rubéfiantes même, sur l'hypogastre, les bains de rivière, n'avaient pas eu plus de succès.

Ayant entendu parler des guérisons que nous avions procurées au moyen des dragées au fer et à l'ergot de seigle, Mme R*** nous fit présenter sa fille par la religieuse chargée du service de santé dans le pensionnat où elle était. Nous examinâmes attentivement l'enfant, qui était excessivement petite pour son âge, débile, pâle, quoique

vive et gaie. La poitrine était saine, il n'y avait pas de bruit anormal ni au cœur, ni dans les grosses artères. Nous prescrivîmes 5 dragées ferro-ergotées, matin et soir, dans une cuillerée de soupe, et un régime exclusivement animal.

Le 25, la guérison paraissait assurée : il n'y avait pas eu, depuis le surlendemain du jour où avait été commencé le traitement, le plus petit accident de nuit. Les religieuses étaient aussi enchantées que l'enfant.

Le 4 octobre, l'enfant n'avait pas une seule fois uriné au lit. Nous ordonnâmes une seconde boîte de dragées pour assurer et consolider la cure. La mère, à laquelle on fit part de nos exigences, se refusa d'obtempérer à notre demande, sous prétexte que sa fille était radicalement guérie.

Le 19 octobre, les 2, 5 et 7 novembre, l'enfant mouilla son lit pendant la nuit. La mère fut avertie, elle vint nous annoncer ce qui était arrivé, et nous dire combien elle se repentait de n'avoir pas suivi notre conseil.

Le 8, la médication fut instituée de nouveau. Pendant les vingt jours que l'enfant fit usage des dragées ferro-ergotées, il n'y eut pas le plus petit accident.

La seconde boîte terminée, nous imposâmes un repos de dix jours.

A partir du 9 décembre, Mlle D*** prit une demi-boîte, et se reposa ensuite pendant vingt-cinq jours. Le 15 janvier, elle fut remise à l'usage des pilules et prit la seconde moitié de la boîte. Depuis lors la guérison a été définitive.

Ce fait, que nous ne ferons suivre d'aucun commentaire, est-il assez significatif ?

Obs. III. *Incontinence nocturne d'urine datant de la naissance et observée chez une jeune fille de neuf ans. — Emploi inutile des ferrugineux, des bains de siége froids, de la belladone, des bains de mer, des vésicatoires, du lupulin, du mastic en larmes. — Guérison à l'aide de 9 boîtes de dragées au fer et à l'ergot de seigle.* — Mlle de ***, pâle, chétive, très-intelligente, mais d'une constitution excessivement délicate, était atteinte d'incontinence nocturne d'urine depuis son bas âge. Appartenant à une famille très-opulente et occupant une position élevée, cette jeune enfant faisait, par son infirmité dégoûtante et rebelle, le désespoir de tous les siens. Sa mère avait en vain frappé à la porte de toutes les autorités médicales de la capitale et de notre province. Elle avait essayé les ferrugineux soit seuls, soit associés à la gentiane, au quinquina, au baume du Pérou, etc.; mais aucun résultat satisfaisant ne s'était

manifesté. Elle avait fait prendre à sa fille, tous les soirs avant de se coucher, un bain de siége aussi froid que possible, aussi bien en été qu'en hiver, et le moindre changement en bien était encore à se produire. Le docteur Bretonneau, appelé dans le temps et consulté, avait parlé des merveilles causées par la belladone, en des circonstances semblables, et il avait formulé un traitement qui, continué pendant six mois, n'avait abouti qu'à un immense insuccès. Il avait, du reste, lui-même suspendu cette médication. Un autre praticien vanta les bains salés, puis conseilla, à la belle saison, les bains de mer; et ensuite des vésicatoires. De tout cela, rien, mais absolument rien.

Nous fûmes consulté le 5 juin 1861, et, comme nous étions encore sous l'influence d'une recommandation à nous faite par M. le docteur Debout, l'honorable rédacteur du *Bulletin de Thérapeutique*, nous résolûmes, avant d'employer les dragées au fer et à l'ergot de seigle, d'expérimenter, comme il nous l'avait conseillé, le lupulin ou le mastic en larmes. Nous donnâmes la préférence au lupulin. Ce médicament, administré à la dose de 2 grammes tous les soirs, fut continué pendant un mois, sans aucun effet.

Le 6 juillet, nous pensâmes que la dose était trop minime, et, à l'exemple de M. Debout, nous la doublâmes; mais il survint de la céphalalgie, un ralentissement extrême du pouls, de la somnolence, etc., et nous fûmes contraint d'interrompre pendant quelques jours et de nous contenter de 3 grammes seulement tous les soirs, qui furent ingérés du 14 juillet au 8 août, sans la plus petite amélioration.

Le mastic en larmes fut essayé après le lupulin. Nous fîmes une ordonnance conforme à la formule du docteur Debout :

Mastic en larmes......................	32 grammes.
Sirop de sucre.........................	Q. S.

Pour 64 bols, dont 8 étaient pris le matin à jeun, et 8 le soir en se couchant, deux heures avant le déjeuner et deux heures après le dîner.

Craignant que ce médicament, dont on fait peu usage, fût de mauvaise qualité, nous le fîmes venir exprès de Paris. Cette dose de 64 bols pris en quatre jours, fut répétée trois fois de suite, sans le plus léger amendement. Que faire? Il ne nous restait plus que les dragées au fer et à l'ergot de seigle.

Une première boîte fut prescrite : d'emblée, nous donnâmes 10 dragées, matin et soir. Aucun effet ne se produisit. Une seconde boîte

fut prise de la même manière. L'enfant pissait au lit toutes les nuits. C'était désespérant. Une troisième boîte amena quelques modifications, mais pour ainsi dire insignifiantes. Une quatrième boîte éloigna notablement les accidents. L'enfant était fraîche, rosée, elle avait un appétit magnifique. A la fin de la cinquième boîte, le succès était complet. Repos pendant dix jours. Une sixième boîte devait clore le traitement ; récidive. Mlle de *** pisse au lit pendant plusieurs nuits de suite. Désolation de la mère et de la fille. Sous l'influence d'une septième boîte, les accidents cessent. Une huitième est prise par précaution, et nous pourrions ajouter que la neuvième le fut par reconnaissance.

Il y a quelques jours nous avons rencontré cette jeune fille avec sa mère, elle est superbe de santé et parfaitement guérie !

A ces observations, nous pourrions en ajouter beaucoup d'autres. Nous pourrions, entre autres, mentionner celle d'une jeune Espagnole de vingt-deux ans, urinant au lit depuis son enfance et ayant subi toutes sortes de traitements, sans en avoir jamais retiré aucun bénéfice, et qui a été radicalement guérie après avoir consommé quatre boîtes de dragées ferro-ergotées ; celle d'un jeune professeur de vingt-six ans, atteint d'incontinence nocturne d'urine depuis plus de vingt ans, et qui a été débarrassé de cette infirmité par sept boîtes de dragées Grimaud. Il avait été inutilement soumis à toute espèce de traitement auparavant.

A côté de ces nombreux succès, il y a des revers ; nous ne les taisons pas. Un de nos excellents confrères des environs de Tours vint un jour nous consulter pour son petit-fils, âgé de dix ans, blond, chétif et très-intelligent, qui pissait au lit depuis sa naissance. On avait tout essayé, mais sans succès. L'infirmité de ce pauvre petit était un obstacle à ce qu'il fût admis au lycée. Le grand-père en gémissait. Nous conseillâmes les dragées au fer et à l'ergot de seigle, à la dose de 8 à 10 matin et soir. L'enfant en prit seulement deux boîtes ; mais, comme l'amélioration qui survint ne fut pas jugée assez satisfaisante, on ne voulut pas continuer. L'enfant ne guérit pas.

Nous terminerons par la petite anecdote suivante : Un de nos très-honorables confrères de Tours se présenta, il y a quelque temps, chez nous, pour nous demander quelques renseignements sur cette préparation ferro-ergotée, et sur son efficacité. Voici à quel propos il faisait cette démarche. Il connaissait une famille de cultivateurs dont il était depuis longtemps le médecin et dans laquelle se trouvait une magnifique fille âgée de vingt-cinq ans, très-intelligente, affectée d'incontinence nocturne d'urine. Il avait employé pour la

guérir tous les remèdes possibles préconisés contre cette affection : tous, sans exception, avaient échoué. Jeannette, c'était son nom, avait refusé tous les jeunes gens qui étaient venus la demander en mariage ; et cependant le célibat était loin de lui sourire. Mais elle avise un garçon un peu niais, lui fait quelques agaceries, l'encourage, se fait faire la cour... et bientôt il s'enhardit à la demander en mariage. Elle accepte, à l'ébahissement de son père et de sa mère, et au grand dépit de tous les anciens amoureux, qui ne comprenaient rien à ce choix plus que singulier. On voulut lui faire des remontrances, lui donner quelques conseils, elle ne voulut rien entendre ; elle répondit avec un aplomb imperturbable qu'elle avait fait ses réflexions, qu'elle savait bien ce qu'elle faisait, qu'on n'avait rien à redouter, qu'elle saurait se tirer d'affaire toute seule. Les choses marchèrent rapidement, et le mariage se fit... Pendant quinze jours, Jeannette ne pissa pas une seule fois au lit ; l'excitation des organes sexuels ou la force de volonté qu'elle déploya pour ne pas céder au sommeil, firent-ils ce miracle ?... Nul ne le sait ; toujours est-il, qu'au bout de quinze jours elle pissa comme de coutume. Le piquant de l'affaire, c'est qu'elle accusa son mari de lui avoir donné cette infirmité, et qu'elle lui en fit des reproches amers... Le jeune homme est parfaitement contrit et désolé, persuadé qu'il est que sa femme dit vrai. Le médecin seul est dans la confidence. Il avoue qu'il ne peut rencontrer cette jeune femme sans être pris d'un fou rire. C'était sur elle qu'il voulait expérimenter les dragées Grimaud. Nous n'avons jamais su ni ce qu'il avait fait, ni quel avait été le résultat.

Mais, n'abusons pas plus longtemps de la patience de nos lecteurs et concluons en disant :

1° Que l'association de l'ergot de seigle au fer dans les dragées de M. Grimaud aîné, de Poitiers, est une très-heureuse idée, qui donne des résultats remarquables dans l'incontinence nocturne d'urine survenant chez des sujets pâles, étiolés, anémiques ;

2° Que dans plusieurs cas d'incontinence rebelles et réfractaires à toutes ou à la plupart des médications connues, les dragées ont fait merveille ;

3° Que nous sommes loin de proscrire pour cela les autres moyens connus et préconisés ; mais que nous avons assez souvent constaté leur infériorité comparativement à cette préparation ;

4° Qu'il ne faut jamais se décourager, mais montrer et déployer de la persistance et de la ténacité, quand on s'aperçoit que les premières tentatives ne sont pas couronnées de succès. Le mal cède quelquefois avec une ou deux boîtes ; dans d'autres circonstances,

il faudra en prescrire six, sept, huit et même neuf. Nous n'avons jamais dépassé ce dernier nombre ;

5° Que si le mieux se prononce, il faut un certain temps d'arrêt, et laisser reposer le malade pendant dix ou quinze jours, puis reprendre la médication et la continuer encore pendant une quinzaine. On laisse de nouveau reposer le malade pendant vingt jours ou un mois, et enfin, on prescrit soit une demi-boîte, soit une boîte entière de dragées pour assurer la guérison ;

6° Que jamais nous n'avons observé le plus petit accident à la suite de cette médication. Il est vrai que nous ne l'avons jamais employée à la légère et sans nous mettre en garde contre les désastres non imaginaires auxquels, selon nous, peuvent donner lieu les préparations ferrugineuses, administrées dans certains états pathologiques.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Des canules et des dilatateurs employés dans la trachéotomie, spécialement dans le cas de croup (¹).

Par M. Bouvier, médecin de l'hôpital des Enfants, membre de l'Académie impériale de médecine, etc.

Il me reste peu de mots à dire de deux dilatateurs adressés à l'Académie de médecine, et de quelques canules à destination spéciale, qui lui ont également été présentées.

On sait que, dans le croup, la pince dilatatrice a un double usage après l'ouverture de la trachée : 1° tenir la plaie trachéale béante pendant qu'on met le malade sur son séant, afin de provoquer l'expulsion du sang, des fausses membranes et des mucosités ; 2° faciliter l'introduction de la canule, en écartant les bords de l'incision faite à la trachée et en fixant ce conduit.

Trois pinces de ce genre se partagent les suffrages des opérateurs : 1° le dilatateur de MM. Trousseau et Guersant, encore en usage à l'hôpital des Enfants ; 2° le dilatateur de M. Langenbeck, exécuté par M. Mathieu, soit qu'il serve en même temps de double érigne, soit qu'il se termine par des extrémités mousses, comme le précédent ;

(¹) Suite, voir la livraison précédente, p. 299.

La figure 6 du premier article, p. 308, est celle d'une canule interne que MM. Charrière avaient d'abord imaginée pour doubler leur canule curvi-rectiligne. Elle est largement échancrée du côté de la concavité, afin de parcourir aisément le canal de la canule externe. MM. Charrière ont remplacé, depuis, cette canule en forme de gouttière par le tube articulé, représenté figure 5.

3° le dilatateur Garnier (fig. 7), dont on s'est servi à l'hôpital Sainte-Eugénie, où il a été imaginé par M. le docteur Garnier (du Mans), ancien interne de cet hôpital et de l'hôpital des Enfants. C'est ce dernier instrument que l'Académie a reçu de MM. Robert et Collin, qui l'ont fabriqué, comme ils le disent eux-mêmes, « d'après les indications de M. Garnier. »

C'est une pince à branches croisées, élastiques, dont les extrémités, recourbées comme dans les autres dilatateurs, restent en contact par le seul ressort des branches, et s'écartent à la moindre pression des doigts au-dessus de leur point de croisement. Ce mécanisme est emprunté aux pinces à pression continue construites, il y a bien des années, par M. Charrière, et figurées dans sa notice de 1851. Un dilatateur trachéal, pareil à celui-ci, avait été fabriqué autrefois dans ses ateliers, à la demande du jeune docteur Dufour, ancien interne de l'hôpital des Enfants, enlevé prématurément à la science.

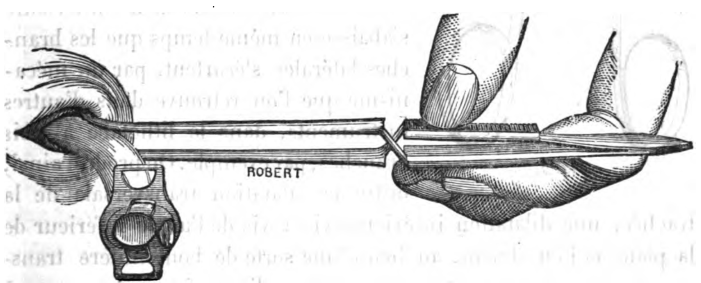


Fig. 7.

Le dilatateur de M. Garnier, ou de Dufour, ou de MM. Robert et Collin, se manœuvre avec facilité et mérite la prédilection dont il paraît avoir été l'objet à l'hôpital Sainte-Eugénie, où il a fait concurrence et au dilatateur de M. Trousseau et au double crochet mousse, à tige coudée, de M. Marjolin, fabriqué par M. Lüer, et regardé par mon excellent collègue de Sainte-Eugénie comme plus sûr, plus fixe et plus propre à faciliter le manuel opératoire. Disons néanmoins que ceux qui emploient exclusivement le dilatateur de M. Langenbeck ou celui de M. Trousseau ne trouvent pas ces derniers instruments moins commodes. Ajoutons qu'à l'hôpital Sainte-Eugénie, l'introduction de la canule est facilitée par la coupe oblique de son extrémité inférieure, dont le bord saillant, présenté d'abord parallèlement à l'axe de la trachée, s'insinue comme une sorte de coin entre les lèvres de l'incision faite à ce conduit.

M. Laborde, interne de mon service à l'hôpital des Enfants,

pense que les trois pinces dont je viens de parler, de même que tous les dilatateurs à deux branches, ont un défaut commun, et qu'il y aurait avantage à leur substituer un dilatateur à trois branches, construit sur ses indications par M. Charrière (fig. 8 et 9).

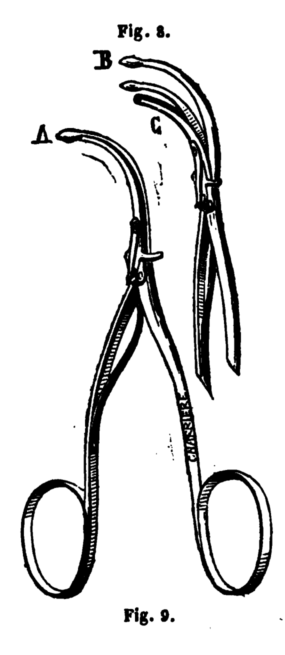


Fig. 8.
Fig. 9.

Cet instrument est le dilatateur de MM. Trousseau et Guersant, dont la courbure est seulement un peu augmentée, et auquel on a ajouté une troisième branche, inférieure, cannelée. Quand l'instrument est fermé, cette troisième branche s'applique exactement, par sa cannelure, contre la face inférieure des branches latérales rapprochées. Lorsqu'on ouvre le dilatateur par la pression des anneaux, cette branche inférieure s'abaisse en même temps que les branches latérales s'écartent, par un mécanisme que l'on retrouve dans d'autres instruments, dans le litholabe à trois branches, par exemple. On produit ainsi, outre la dilatation transversale de la trachée, une dilatation inférieure vis-à-vis de l'angle inférieur de la plaie, et l'on obtient, au lieu d'une sorte de boutonnière transversale, une ouverture triangulaire arrondie, qui se prête mieux à l'introduction de la canule.

Quelques personnes avaient déjà pensé qu'il serait bon de dilater dans trois points l'ouverture de la trachée. En 1852, M. le docteur Gerson, de Hambourg, a fait construire par M. Mathieu une sorte de poinçon droit, trifide, dont les trois parties réunies formaient une pointe unique que l'on enfonçait entre deux cerceaux cartilagineux de la trachée. Une vis écartait ensuite les trois pointes, et l'on glissait la canule dans leur intervalle.

Il y a peu d'années, M. Trélat, témoin des obstacles que rencontrait quelquefois l'introduction de la canule, à l'hôpital des Enfants, eut l'idée d'ajouter une troisième branche au dilatateur dont on faisait usage, et cette idée reçut même un commencement d'exécution dans les ateliers de M. Lüer; mais M. Trélat n'eut pas occasion de donner suite à son projet.

On ne peut nier les difficultés que l'on éprouve assez souvent à

introduire la canule avec les dilatateurs à deux branches; d'où des tâtonnements, une perte de temps nuisible, des décollements du tissu cellulaire pré-trachéal, dans lequel l'extrémité de la canule ou son mandrin sont enfoncés à chaque tentative infructueuse. Que des hommes exercés de longue main à la trachéotomie, comme MM. Trousseau et Guersant, ne rencontrent que bien rarement ces difficultés, c'est ce que nous accorderons volontiers; mais elles n'en sont pas moins réelles pour des opérateurs moins habiles ou moins expérimentés. Or, M. Laborde affirme qu'avec sa pince à trois branches, le plus novice, le premier venu, pour ainsi dire, doit réussir du premier coup à faire pénétrer la canule dans le canal aérien. La troisième branche de l'instrument, dit-il, répondant à l'angle inférieur de la plaie de la trachée, fait l'office d'un conducteur qui dirige forcément la canule dans ce conduit et qui s'oppose efficacement à son passage dans le tissu cellulaire, ce qu'on ne peut évidemment attendre des dilatateurs à deux branches.

Cet instrument a déjà été employé à l'hôpital des Enfants un assez grand nombre de fois; il a réellement rendu l'introduction de la canule plus facile. Avis donc à ceux qui pourront se trouver arrêtés dans ce temps de l'opération! Nous ne saurions trop leur recommander d'essayer le dilatateur de M. Laborde.

Fig. 10.

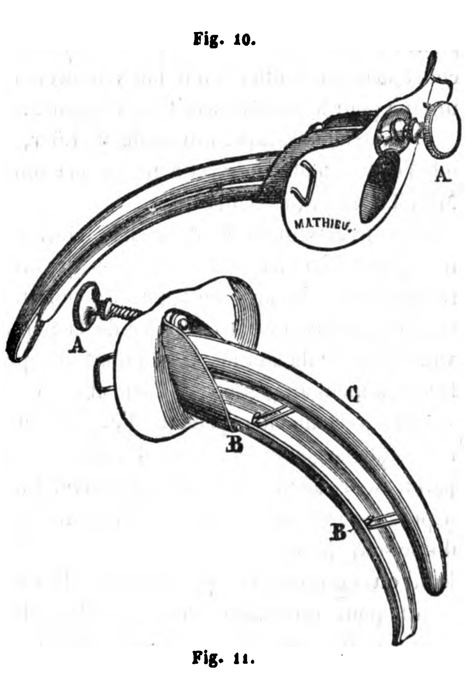


Fig. 11.

Outre les instruments employés dans le croup, il est des canules à trachéotomie destinées à des usages spéciaux : telles sont trois canules adressées à l'Académie de médecine par MM. Mathieu et Lüer, et construites à la demande de MM. Trousseau et Demarquay.

La première est une canule dilatatrice de M. Mathieu (fig. 10 et 11),

qui avait pour but de remédier à un rétrécissement de la trachée diagnostiqué par nos deux honorables confrères chez une dame étrangère.

Par un mécanisme ingénieux, déjà employé toutefois pour d'autres régions du corps, il suffit de tourner une vis qui surmonte cet instrument pour écarter l'une de l'autre les moitiés antérieure et postérieure de la canule, et, par suite pour exercer un effort de dilatation, gradué à volonté, sur les parois du conduit qui la renferme.

Le dilatateur de Gendron, dont j'ai déjà parlé, une canule dilatatrice construite par M. Charrière, en 1860, pour le docteur Lemas, de la Nouvelle-Orléans, agissent également à l'aide d'une simple vis; mais, outre que le mécanisme n'est pas tout à fait semblable, c'est en travers ou d'un côté à l'autre, et non d'avant en arrière, que s'écartent les deux valves de chacun de ces instruments.

La canule dilatatrice de M. Mathieu mérite d'être connue des praticiens qui désireraient avoir recours à quelque moyen de ce genre. Cependant il lui manque la sanction de l'expérience; des circonstances particulières ont fait renoncer à son emploi dans le cas unique pour lequel elle avait été imaginée.

La deuxième canule, qui est de M. Lüer, a servi à un autre usage que la précédente chez cette même personne étrangère, traitée par MM. Trousseau et Demarquay.

Le rétrécissement de la trachée, chez cette dame, avait été détruit par le bistouri à travers l'ouverture faite à la trachée-artère. La respiration était devenue beaucoup plus facile; mais elle s'embarrassait de nouveau par l'exercice de la parole, et la malade ne pouvait se passer de canule. Il en fallait une qui s'ouvrît et se fermât alternativement au passage de l'air, afin que la voix se produisît, à la volonté de la malade, pendant l'expiration, et que l'inspiration se fît ensuite largement à travers le tube placé dans le canal aérien. Un pareil instrument semblait tout trouvé. En effet, on avait fabriqué depuis bien des années des canules munies d'un clapet, c'est-à-dire d'une soupape fermant l'accès à l'air extérieur dans l'expiration, et le lui ouvrant dans l'inspiration. Dès 1845, M. Charrière avait construit, pour un cocher soigné par Aug. Bérard, une canule de ce genre, et il avait fabriqué depuis d'autres canules à soupape pour MM. Richet, Legouest, Morel-Lavallée. Celle de M. Morel-Lavallée (fig. 12) avait cela de particulier, que le jeu du clapet était supprimé à volonté par la pression d'une vis, au moyen de laquelle le malade rétablissait ainsi une communication permanente entre la trachée et

l'air extérieur. Mais une canule à clapet ne réussit pas chez la malade de MM. Trousseau et Demarquay ; les mucosités qui engor-

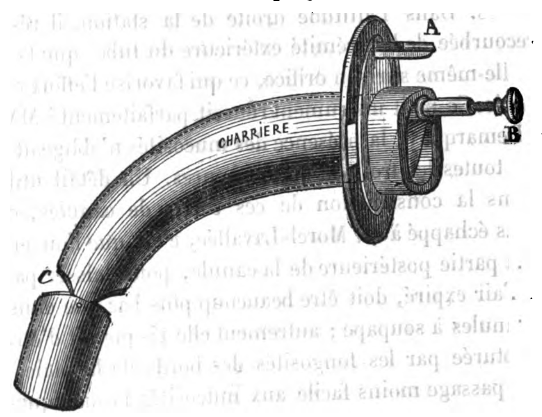
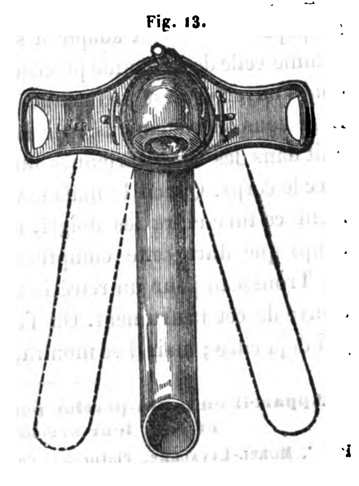


Fig. 12.

geaient l'orifice de la canule arrêtaient à tout instant le mouvement de la soupape, et le but était manqué. On voulut se servir d'une canule perfectionnée de M. Mathieu, dont un médecin hongrois s'était bien trouvé sur lui-même, et dans laquelle le clapet, au lieu d'être fixé sur l'un des côtés de l'orifice du tube, bascule sur deux points fixes, situés aux deux extrémités de l'un de ses diamètres ; mais l'instrument ne put être prêt à temps. On plaça alors la canule adressée à l'Académie par M. Luër (fig. 13 et 14). Dans celle-ci, le clapet a disparu ; il est remplacé, suivant un procédé depuis longtemps connu en chirurgie, par une petite boule d'aluminium mobile, renfermée dans un petit espace disposé de telle sorte que la boule ferme l'orifice de la canule quand elle est repoussée par l'air expiré, et qu'elle laisse cet orifice libre lorsqu'elle est attirée en arrière avec l'air inspiré. Le poids de la boule, qui peut aussi, à lui seul,

Fig. 13.



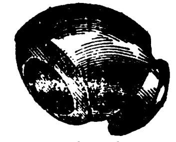


Fig. 14.

lui donner l'une ou l'autre position suivant l'inclinaison de la canule, est assez léger pour céder aisément à chacun des deux actes respiratoires. Dans l'attitude droite de la station, il résulte de la forme recourbée de l'extrémité extérieure du tube, que la boule retombe d'elle-même sur son orifice, ce qui favorise l'effort expiratoire de la parole. Ce petit instrument réussit parfaitement à MM. Trousseau et Demarquay; la présence des mucosités n'obligeait de le nettoyer que toutes les trois ou quatre heures. Un détail utile à connaître dans la construction de ces sortes de canules, détail qui n'avait pas échappé à M. Morel-Lavallée, c'est que l'ouverture pratiquée à la partie postérieure de la canule, pour laisser passer dans le larynx l'air expiré, doit être beaucoup plus bas que dans les anciennes canules à soupape ; autrement elle risquerait d'être promptement obturée par les fongosités des bords de la plaie, et elle livrerait un passage moins facile aux mucosités bronchiques.

La malade de MM. Trousseau et Demarquay parlait si facilement avec sa canule, que l'on ne soupçonnait pas la présence de cet instrument, caché par une cravate.

La troisième canule, également due à M. Luër, n'a point de soupape; mais on a adapté à son extrémité extérieure, recourbée comme celle de la canule précédente, un tube en tissu imperméable, dont l'ouverture est maintenue béante par un anneau métallique. Logé sous les vêtements, sur la poitrine du malade, ce tube introduit dans les voies aériennes un air déjà réchauffé par son contact avec le corps. Quand le malade veut parler, il n'a qu'à serrer doucement ce tube entre les doigts, et l'air passe par le larynx tout le temps que dure cette compression. Un chaudronnier, traité par M. Trousseau pour un rétrécissement de la trachée, s'est fort bien trouvé de cet instrument. On l'essaya chez la dame étrangère que j'ai déjà citée ; mais il se montra, dans ce cas, insuffisant.

Appareil en gutta-percha pour les fractures des mâchoires et pour leur section et leur résection [1].

Par M. Morel-Lavallée, chirurgien de l'hôpital Beaujon, président de la Société de chirurgie, etc.

II. — Fractures de la machoire supérieure.

Le traitement des fractures de la mâchoire supérieure repose sur les mêmes principes ; il en diffère seulement en quelques points secondaires.

La fixité du moule n'a plus pour elle l'action de la pesanteur, elle

---

[1] Suite, voir les précédentes livraisons, p. 200 et 248.

l'a contre elle ; mais le moule, bien appliqué, n'a cependant pas besoin d'accessoire. Si les dents, trop serrées, ou usées, ou en partie disparues, ne retenaient pas bien le moule, on prolongerait la contention provisoire avec l'anse métallique. Dans le cas où le défaut de dents laisserait l'anse métallique sans prise sur l'un ou sur chacun des fragments, le moule placé, on le soutiendrait avec la mâchoire inférieure, qu'on tiendrait rapprochée de la supérieure avec une fronde. En cas d'insuccès, on aurait, comme dernière ressource, la demi-suture ou la suture des fragments, ressource extrême, bien rarement nécessaire ; on poserait ensuite le moule par-dessus.

Pourquoi ne parlons-nous pas ici du ressort, si avantageux dans les fractures analogues de la mâchoire inférieure ? Il semblerait qu'il n'y eût qu'à le retourner, en en appliquant la pelote à l'occiput. J'en ai fait l'essai, peu encourageant ; sa longueur excessive en rend l'action incertaine, inefficace ; il s'applique mal et réussit mal. Sa complication en fait d'ailleurs une véritable machine. Un moule prenant son point d'appui sur la mâchoire inférieure est bien plus simple et bien plus sûr.

Quelquefois les deux maxillaires, unis ou désunis entre eux, sont séparés du squelette de la tête par une fracture transversale, et, comme suspendus aux parties molles, ils sont en quelque sorte flottants. La seule indication spéciale qui surgisse ici de l'excessive mobilité des fragments, c'est, le moule posé, de les refouler d'avant en arrière et de les assujettir ainsi contre le fragment postérieur ; une bande circulaire, appliquée sur la lèvre supérieure et passant au-dessus des oreilles, pour aller à l'occiput se réunir par ses deux chefs, remplit très-bien cet objet.

III. — Fractures simultanées des deux machoires.

Dans la fracture simultanée des deux mâchoires, ce qu'il faut, ce sont deux moules au lieu d'un, et une fronde pour les tenir doucement appuyés l'un sur l'autre. Si c'est nécessaire, on prolonge la contention provisoire, etc.

Il y a quelquefois, dans les écrasements de la face, de telles complications, qu'il est impossible de les prévoir toutes et d'indiquer d'avance les modifications qu'elles exigent dans l'appareil ; le chirurgien s'inspire alors de l'ensemble des conditions qui caractérisent les cas qu'il a sous les yeux.

Voici un fait de ce genre ; c'est un des plus graves que j'aie rencontrés, je l'ai indiqué plus haut ; le squelette et les parties molles de la face étaient en quelque sorte broyés.

Fracture comminutive de la mâchoire supérieure. — Fracture double de la mâchoire inférieure. — Large plaie de la joue. — Guérison. — Le 8 décembre 1860 est entré dans mon service, à l'hôpital Necker, salle Saint-Pierre, nº 21, Pierre Revet, âgé de trente-sept ans, carrier à Clamart. Le jour même, il était à son travail, quand, selon l'expression pittoresque de ce métier souterrain, le pays lui tomba sur la tête; c'est-à-dire qu'il avait été atteint par un bloc énorme de pierre, détaché du ciel de la carrière. Il fut renversé; il put encore parcourir, en se traînant, les 100 mètres qui le séparaient de l'orifice de la carrière, et de là regagner, avec l'appui de ses camarades, son domicile situé à 1 kilomètre; mais, à son arrivée, il eut un évanouissement et se trouva ensuite menacé d'asphyxie par des caillots de sang qui lui obstruaient l'arrière-bouche. Les docteurs Lantbeuf et Mabi, appelés en toute hâte de Meudon, lui dégagent la gorge avec des injections d'eau fraîche et rétablissent ainsi la respiration. L'état du blessé leur parut, d'ailleurs, désespéré, et ils l'envoyèrent à mon hôpital. Le cas était, en effet, extrêmement grave: c'était un véritable écrasement de la face.

Le lendemain, à ma première visite, je trouve le malade dans une prostration profonde, la bouche entr'ouverte et remplie de mucosités sanguinolentes, qui ne peuvent être rejetées; impossibilité d'articuler un son.

La *mâchoire supérieure*, mobile au moindre contact, et même sous les plus légères impulsions de la langue, est flottante dans les chairs, comme si elle n'avait jamais appartenu au squelette de la face. Elle en est séparée à droite par une fracture située au-devant de la dernière molaire, qui est conservée; à gauche, par une sorte de brèche verticale où l'os est broyé à sa partie postérieure jusqu'à la voûte palatine, brisée elle-même et dont le bord postérieur à nu s'incline en bas. Aucune des dents de cette mâchoire n'a souffert dans l'accident; mais, du côté gauche, toutes les grosses molaires avaient depuis longtemps disparu.

La *mâchoire inférieure* est cassée en deux endroits: 1º entre les deux incisives latérales droites, avec un abaissement du fragment gauche, abaissement dont l'étendue est mesurée à peu près par la largeur de la couronne d'une de ces dents; 2º du même côté, un peu en devant de l'angle de la mâchoire, avec saillie en haut et en dedans du fragment postérieur, qu'on sent et qu'on voit à nu dans la bouche, et déplacement en haut et en dehors du fragment antérieur; cette dernière fracture est oblique d'arrière en avant.

En outre, la joue gauche est divisée dans toute son épaisseur par une plaie contuse, qui s'étend de la commissure labiale jusqu'au pavillon de l'oreille et semble ainsi un agrandissement monstrueux de la bouche. La commissure droite offre aussi une déchirure de 2 centimètres, qui se termine dans la lèvre supérieure.

Il y a encore au sommet de la tête une plaie contuse arrondie, de la grandeur de 2 centimètres, avec un léger décollement du cuir chevelu.

Je ne cherche point à rapprocher les bords de la plaie de la joue, par une double raison, d'abord, parce qu'il y a peu de chance d'une réunion immédiate, ensuite, et surtout parce que je me pro-

pose de tirer parti de cet élargissement de la bouche dans l'application de l'appareil sur le maxillaire inférieur, principalement pour sa fracture postérieure. Les parties sont dans un tel délabrement et si douloureuses, qu'il ne faut rien laisser échapper de ce qui peut faciliter la manœuvre. Elle fut encore assez pénible, malgré cette précaution; l'orifice buccal déchiré à ses deux angles, meurtri et enflammé dans le reste de son pourtour, tout contact, toute dilatation était une souffrance.

Application de l'appareil.—Mâchoire inférieure.— Je commençai par cet os; on en saisira bientôt le motif. Je ne me servis de l'anse de fil métallique que pour la fracture antérieure. Les deux dents situées de chaque côté de cette fracture étant fort ébranlées, le fil alla chercher celle qui, de chaque côté, venait après, la première incisive gauche et la canine droite. Je procédai à la réduction, à laquelle contribua la torsion du fil de fer destinée à serrer l'anse. Je remis en place les deux fragments de la fracture postérieure, qui se maintinrent assez bien pour se passer de l'anse métallique. Enfin, je posai le moule, qui s'enfonçait du côté malade jusqu'à la branche de la mâchoire, et du côté sain jusque sur la première grosse molaire seulement : c'était un fer à cheval tronqué à droite. En l'appliquant, j'eus soin d'appuyer en bas et en dehors, au niveau du fragment postérieur de la fracture postérieure pour corriger un reste de tendance au déplacement : c'était un peu faire marcher la contention et la réduction. Le moule, refroidi, fut enlevé, évidé et replacé après l'extraction de l'anse métallique. Il tenait maintenant très-bien.

A la *mâchoire supérieure* une grande difficulté m'attendait. La fracture passait transversalement de gauche à droite sur la partie la plus reculée de l'os. Il ne restait sur le fragment, à droite, que la dernière molaire, encore peu saillante, et à gauche, rien ; l'arcade alvéolaire, dépourvue depuis longtemps de ses grosses molaires avait, en outre, été broyée. Le fragment postérieur manquait donc de point d'attache pour y relier le fragment antérieur; il n'offrait pas de prise au moule, qui aurait très-bien retenu le fragment antérieur. C'était comme un pont qu'on n'aurait fixé que sur une seule rive. La difficulté de la respiration, la difficulté et l'abondance de l'expuition ne permettaient pas de tenir les deux mâchoires appliquées l'une contre l'autre; il fallait, autant que possible, laisser cette voie libre.

J'essayai d'immobiliser la mâchoire supérieure par un ressort céphalique, qui la refoulait en même temps en arrière et en haut. Un moule en gutta-percha fut posé sur la partie antérieure de l'arcade dentaire ; la plaque arquée et garnie de pointes qui terminait le ressort en bas fut adaptée au moule ; de là, le ressort, recevant le nez dans une large fenêtre triangulaire, contournait le haut de la face et le crâne, et allait appuyer son extrémité postérieure élargie et rembourrée sur le derrière de la tête. Une courroie circulaire, qui s'y attachait en avant et en arrière, était destinée à l'assujettir. Ce ressort, difficile à ajuster et à fixer, gênait le malade sans maintenir la fracture. Malgré l'addition d'une petite bande circulaire posée sur la lèvre supérieure, passant au-dessous des oreilles et

sur l'occiput, bande qui devait concourir à la contention, en refoulant en arrière le maxillaire, le ressort échoua complétement.

Je l'avais un peu prévu, et c'est pour cela que j'avais commencé par mettre le moule sur la mâchoire inférieure. Je pris, en effet, sur ce moule un point d'appui pour la mâchoire supérieure. Dans l'impossibilité, pour la raison que j'ai indiquée, de prendre dans un même moule les deux arcades dentaires, je soutins la mâchoire supérieure avec deux colonnes de gutta-percha implantées sur le moule de la mâchoire inférieure. Ces deux colonnes, réunies par en haut en arc de voûte qui recevait les dents de la mâchoire supérieure, laissaient entre elles une ouverture suffisante à l'alimentation, à la respiration et à l'expuition. La base de ces colonnettes ne s'était pas bien collée au moule durci du maxillaire inférieur ; mais je la consolidai avec une épingle chauffée que j'enfonçai verticalement dans son épaisseur au niveau du point B (fig. 5) et dans celle du moule comme un clou ; j'en reséquai l'extrémité. Une fronde élastique compléta l'appareil. Voici les moules en place (fig. 6). L'artiste y a ajouté le ressort par mégarde.

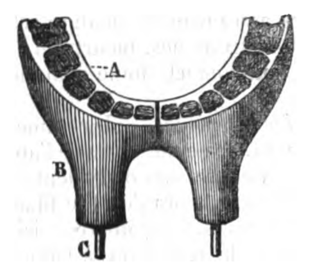


Fig. 5.

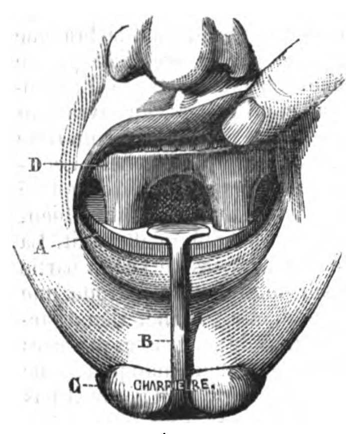


Fig. 6.

Le soulagement fut immédiat et, à dater de ce moment (11 septembre), l'état général commença à se relever.

Le 15, le malade, qui se nourrit au biberon, de bouillons et de potages, mange avec autant d'appétit que de facilité. Le gonflement énorme des bords de la plaie de la joue ne permet pas encore de songer à la réunion.

Le 20, j'essaye un point de suture entortillée près de l'angle de la plaie ; le 20, un second est placé près de la commissure labiale ; les épingles déchirèrent les chairs ou plutôt les ulcérèrent, et la suture manqua.

Le malade se plaint de la fétidité de son haleine et de la difficulté de détacher et de rejeter les crachats ; il apprend à se nettoyer la bouche avec un pinceau de charpie, et remédie ainsi à la double incommodité qu'il éprouvait.

Le 29, les bourgeons charnus des bords de la plaie sont très-développés, en même temps qu'ils sont moins gonflés ; je fais deux

nouveaux points de suture entortillée ; je retire les épingles neuf jours après, le 7 janvier 1861, la réunion est parfaite. Ce n'est pas la première fois que je l'obtiens dans ces conditions ; au lieu de laisser une plaie qui suppure se cicatriser d'un angle à l'autre ou du fond vers les bords, on la réunit, si l'on peut, à pleines surfaces, et l'agglutination se fait en quelques jours, comme dans une plaie vive. C'est une sorte de réunion secondaire par première intention.

Le 30, la diminution de la tuméfaction et de la douleur de l'isthme du gosier me paraît suffisante pour rapprocher les mâchoires sans danger pour la respiration. Je supprime l'appareil à colonnettes, et je le remplace par un moule sur toute l'arcade alvéolaire supérieure. La mâchoire inférieure est rapprochée de la supérieure avec une fronde élastique, et elle ne s'en écarte que pour les besoins de l'alimentation et de l'expuition. La bande circulaire sous-nasale est conservée.

Le biberon ne peut encore être abandonné, et il faut toujours nettoyer la bouche fréquemment, et quelquefois les apppareils. De petites esquilles, en partie nécrosées, se détachent de temps en temps de la voûte palatine.

21 janvier. — Les moules sont enlevés ; le maxillaire inférieur est entièrement et régulièrement consolidé ; le supérieur est encore un peu mobile, mais sous un certain effort, et il résiste à la pression de la langue ; il ne reçoit un nouveau moule que le 28, à cause de la mauvaise qualité de la gutta-percha qui nous avait été d'abord fournie.

Le 30 janvier, une amygdalite intense force d'enlever le moule ; elle se termine par un abcès qui s'ouvre le 2 février.

Le 5 février le moule est replacé ; le malade reprend l'usage de la viande.

Le 17, le maxillaire supérieur est consolidé ; il ne reste plus de l'accident qu'une perforation à la partie postérieure et gauche de la voûte palatine.

Le malade retourne à son travail. Il s'est représenté à notre consultation, à l'hôpital Necker, le 15 novembre suivant. A part la perforation palatine, il ne reste aux deux mâchoires aucune trace de fracture ; les cicatrices des plaies sont cachées sous la barbe, et rien dans la physionomie du sujet ne laisse soupçonner les graves désordres auxquels il a été si près de succomber.

Il broie de préférence les aliments du côté droit, sans doute à cause de l'affaiblissement du maxillaire du côté gauche, par la perte de substance osseuse, mais certainement et surtout à cause de l'absence des molaires de ce côté.

La perforation du palais serait assez bien représentée par un triangle étendu transversalement sur la voûte palatine, de droite à gauche, dont le sommet serait situé au niveau du raphé médian, et la base, dirigée en dehors, comprendrait sur l'arcade alvéolaire l'intervalle compris entre la canine gauche et la dernière molaire du même côté. Nous avons revu notre malade, pour la dernière fois, le 21 juillet 1862. Il se trouve dans d'excellentes conditions ; il a repris ses travaux à Meudon, où il dirige une carrière, et, d'un si fâcheux

accident, il ne lui est resté comme inconvénient qu'un peu d'embarras dans la parole, gêne surtout prononcée le soir, quand il a beaucoup parlé; enfin, une certaine difficulté pour avaler les boissons, en raison de la perforation de la voûte palatine, difficulté à laquelle il remédie en buvant dans un verre à champagne, qui, dit-il, lui permet de conduire le liquide assez profondément dans sa bouche.

Jamais je n'ai vu de fracture de mâchoire aussi grave; il m'a fallu reconstruire la mâchoire en quelque sorte pièce à pièce, comme une ruine. Il n'y avait que la gutta-percha qui pût sauver le blessé.

Je lui proposai de fermer la perforation par l'autoplastie; mais il me répondit qu'il n'en avait pas le temps; il disait la vérité; je l'ai su depuis, par une visite que lui a faite un de mes excellents élèves, M. Loquet.

Ce succès ne montre-t-il pas tout le parti qu'on peut tirer de la gutta-percha? même dans ces désordres effrayants, son emploi n'est qu'un jeu pour qui sait la manier.

(La fin au prochain numéro.)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Observations pratiques sur l'eau de laurier-cerise.

Un des médicaments les plus actifs de la thérapeutique est bien certainement l'eau de laurier-cerise, qui renferme une proportion notable d'acide cyanhydrique. Il est donc très-important que le médecin puisse préjuger toujours les effets qu'il obtiendra de ce médicament, et ne trouve pas de différences notables suivant l'époque où l'eau aura été préparée, ou suivant les localités d'où l'on aura tiré la plante. Pour arriver à donner des notions plus sûres à ce sujet, un habile pharmacien, M. Adrian, a institué des expériences sur le laurier-cerise récolté à Nice et à Caen, c'est-à-dire deux localités extrêmes comme différence de végétation. Voici les résultats qu'il a consignés dans son travail publié par le Journal de pharmacie :

1° Il est à peu près indifférent de recueillir le laurier-cerise à toutes les époques de l'année, sous le climat de Paris et dans le Nord de la France; mais dans le Midi, où la plante passe par toutes les périodes d'une végétation complète, il y a des différences notables entre les produits obtenus aux diverses époques.

2° Le moment le plus favorable pour avoir une eau aussi riche

que possible en acide cyanhydrique, est, pour une même région, de choisir le moment de la floraison et surtout la période qui précède la fructification.

L'eau de laurier-cerise (et les observations de M. Adrian viennent confirmer celles de MM. Mayet et Buignet), ne paraît pas éprouver de changement notable par suite de l'action du temps. Ce médicament n'étant pas identique, suivant les localités où il a été préparé, et suivant les diverses saisons, surtout dans le Midi, il est donc urgent que le pharmacien dose la quantité d'acide cyanhydrique qu'il renferme, afin d'éviter tout accident.

Remarques sur la poudre d'aloès et de myrrhe.

L'aloès se réduit facilement en poudre en hiver; mais en été, cette poudre s'agglomère parfois au point de faire une masse solide. Suivant M. Wollweber, cet inconvénient cesse de se produire si, au préalable, l'aloès a été exposé au séchoir jusqu'à ce qu'il soit réduit spontanément en poudre. — Il en est de même de la myrrhe.

Nouveau procédé pour constater la présence du plomb dans l'urine.

Le procédé ordinaire qui consiste, on le sait, à concentrer l'urine par évaporation, à ajouter de l'acide acétique et à faire passer à travers le liquide un courant d'hydrogène sulfuré, demande un temps assez long et ne répond pas aux exigences des recherches cliniques. Désireux de suppléer à cette lacune, M. Reeves propose le moyen suivant, dont il a plusieurs fois constaté l'efficacité. Il fait prendre au malade 25 à 30 centigrammes d'iodure de potassium, trois fois par jour, et lui remet un morceau de sulfure de potassium contenu dans un linge blanc épais. Le malade doit laisser ce petit paquet dans son urine pendant cinq minutes. Or, s'il existe du plomb dans l'économie, l'iodure de potassium se transforme en iodure de plomb, qui est éliminé par les reins; au contact du sulfure de potassium, l'iodure de plomb contenu dans l'urine est rapidement décomposé et il se forme du sulfure de plomb insoluble qui reste dans le linge.

Dans le cas ou le liséré gingival est nul ou peu marqué, alors que les symptômes ne sont pas assez accusés pour déceler immédiatement la véritable cause des accidents, le procédé d'investigation signalé par M. Reeves peut être d'un grand secours; dans les cas de douleurs rhumatoïdes ou névralgiques, qui ont résisté à tous les moyens de traitement, la constatation du plomb dans l'urine per-

mettra au médecin d'obtenir la guérison par l'emploi de l'iodure de potassium et la strychnine.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Premier exemple de guérison d'une amblyopie amaurotique, chez un malade affecté d'ataxie locomotrice, traité par l'usage interne du nitrate d'argent.

Tout fait thérapeutique nouveau appartient de droit à ce recueil. En vous adressant l'observation suivante, que je viens de communiquer au congrès d'ophthalmologie, j'ai pour désir de voir rassembler tous les documents destinés à éclairer le traitement de la redoutable maladie mise en lumière par M. Duchenne (de Boulogne), et surtout d'appeler l'attention sur l'emploi du nitrate d'argent dont les bons effets ont été mis hors de doute par le mémoire publié par MM. Vulpian et Charcot (*Bulletin de Thérapeutique,* numéros des 15 et 30 juin 1862).

Il est juste de rappeler, tout d'abord, ce que, d'ailleurs, nos laborieux confrères ont fait ressortir dans leur travail, c'est que l'honneur d'avoir mis le premier sous les yeux des praticiens les résultats fournis par ce médicament, revient au professeur Wunderlich. Mais quoique le savant confrère de Leipzig ait déjà eu l'occasion de traiter quatorze cas d'ataxie, il n'a pas malheureusement songé à étudier l'effet que l'action du nitrate d'argent pourrait produire sur l'organe de la vision, si intimement et si fatalement intéressé dans cette affection de la moelle épinière. Il paraît néanmoins que l'occasion ne lui en a pas manqué, car M. Wunderlich a bien voulu me présenter, lors de mon récent voyage en Allemagne, un homme dont non-seulement l'état général, mais aussi la vue, avaient été très-heureusement modifiés sous l'influence de l'action du sel lunaire. Je n'ai pas toutefois pu constater l'état de ses nerfs optiques, dans l'impossibilité où je me suis trouvé de placer le malade dans un lieu assez obscur pour pratiquer l'examen ophthalmoscopique.

Tout au contraire, MM. Charcot et Vulpian ont, dès le commencement de leurs expérimentations thérapeutiques, attaché la plus grande importance à l'étude de l'organe de la vision ; malheureusement l'amaurose était déjà trop avancée chez leurs malades pour qu'il fût possible d'espérer une amélioration notable de la vue. Dans

un cas, cependant, après un traitement d'à peu près six semaines, ils ont constaté le retour du sentiment quantitatif de la lumière (obs. 1re).

Témoin de ces expériences, intéressantes sous plusieurs points de vue, je résolus de les poursuivre sur un terrain meilleur, la clientèle privée. J'ai aujourd'hui traité par le nitrate d'argent quatre cas d'amaurose liée à l'atrophie du nerf optique, et vais raconter brièvement ce que j'ai observé.

Le sujet de ma première tentative m'a été adressé par M. le docteur Glaësel. C'est un homme de quarante-sept ans, exerçant la profession de cordonnier. Il est marié, n'a jamais fait de maladie sérieuse, ni contracté d'affection spécifique.

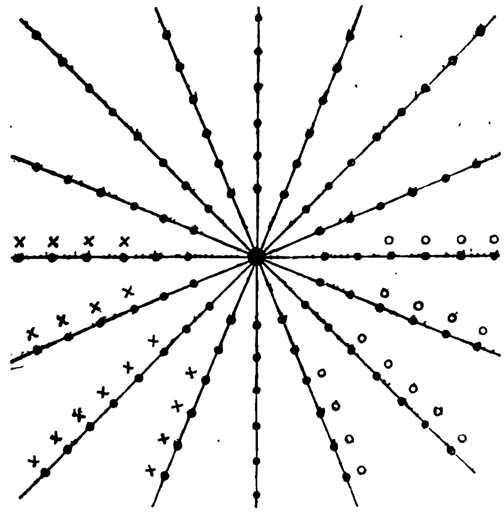
Il y a cinq mois environ, c'est-à-dire vers la fin de mars, il commença, sans cause connue, à perdre l'appétit et à ressentir une grande faiblesse. Peu de temps après, il éprouve des sensations insolites; c'était d'abord un chatouillement partant des doigts des pieds et remontant jusqu'aux genoux, auquel succédaient des douleurs lancinantes, rapides comme l'éclair, dans les jambes, tandis que les pieds devenaient le siége d'engourdissement. Un cercle de fer semble lui étreindre la poitrine. Puis, ses forces musculaires s'en étaient allées d'une façon si complète, qu'un enfant de six ans l'aurait renversé, dit-il. L'impuissance génitale n'était pas moindre.

Les douleurs qu'il éprouvait le forcèrent à prendre le lit; survinrent alors des crampes insupportables qui se localisaient dans les pieds. Généralement les crampes se manifestaient plutôt la nuit, et les douleurs dans la journée. Enfin, comme preuve qu'il atteignait la période de généralisation de la maladie, les mains furent affectées à leur tour et présentaient une sorte de tremblement dès qu'il voulait saisir un objet quel qu'il fût.

Au milieu de toutes ces manifestations morbides, la tête resta constamment libre et sans ressentir la moindre souffrance. La vue seule fut atteinte; elle commença à diminuer dès l'apparition des premiers symptômes de l'ataxie, et son affaiblissement fut si rapide, que deux mois après il pouvait à peine se conduire. Tous les objets lui paraissaient confus, mais il n'éprouvait aucune douleur, ni aucune sensation anormale dans les yeux.

Le 8 septembre, lorsque je vis le malade pour la première fois, je constatais les altérations suivantes de la vision. De l'œil gauche il lit le numéro 18 des épreuves de Jaëger, et de l'œil droit le numéro 19. Des deux côtés il existe en outre une interruption consi-

dérable dans le champ visuel, qui est graphiquement représenté dans le tableau ci-dessous ; la disposition de plus en plus éloignée des signes 0 et + montre en même temps la marche rétrograde de cette altération du champ visuel (1).



Les papilles des nerfs optiques présentent cette teinte nacrée particulière aux amauroses cérébrales. Une petite excavation s'observe du côté du nez, avec une légère déviation des vaisseaux vers le côté opposé.

Les symptômes généraux sont à peu près les mêmes que ceux que nous venons d'énumérer. De plus, on constate, dès qu'on fait

(1) Pour se rendre un compte exact des interruptions qui existent dans le champ de la vision d'un malade, on se sert d'une feuille entière de papier blanc à écolier sur laquelle une série de points concentriques a été tracée, ainsi que le représente la figure ci-dessus.

Ce tableau étant fixé sur le mur, on place le sujet à une distance de 40 centimètres, et, pour maintenir toujours cette distance, on lui fait appuyer le menton sur un bâton offrant cette dimension, tandis que l'autre extrémité repose sur le mur.

Les choses ainsi disposées, le malade ferme un des yeux et fixe de l'autre œil le point central. On l'interroge ensuite pour savoir si, tout en fixant le point du milieu, il voit les points concentriques qu'on lui indique avec un crayon ; les points que le malade ne distingue pas sont marqués par un zéro.

Il est évident qu'en reliant tous les points qui ne sont pas vus, on obtient la figure de l'interruption du champ visuel ; cette première figure sert à constater dans les examens suivants la marche progressive ou rétrograde de l'affection.

D'habitude on dispose un tableau pour chaque œil; mais, comme dans le cas ci-dessus, l'altération affectait le côté externe de chacun des yeux, on a pu utiliser le même tableau pour les deux organes. Les interruptions de la vision de l'œil droit étaient désignées par un 0, et celles de l'œil gauche à l'aide du signe +. Si on relie entre eux tous les points manquants indiqués sur la figure ci-dessus, on voit qu'ils forment des courbes plus ou moins régulières et de plus en plus excentriques, indiquant la marche rétrograde de la maladie.

fermer les yeux au malade, qu'il chancelle et tomberait s'il ne se hâtait de les rouvrir pour reprendre son équilibre. La station sur un seul pied est également impossible les yeux fermés. Les fonctions de la vessie ne présentent aucun trouble.

Je lui prescris des pilules contenant 75 dix-milligrammes de nitrate d'argent, qu'il doit prendre à la dose de deux par jour, l'une le matin, l'autre le soir, avant les repas.

Le 20 septembre, douze jours après le début du traitement, le malade lit le numéro 7 des épreuves de Jaëger de l'œil droit, et le numéro 9 de l'œil gauche. J'élève la dose du nitrate d'argent à 1 centigramme par pilule, et j'y ajoute 5 centigrammes d'aloës.

Les 26, 27 septembre et le 1er octobre, il lit le numéro 5 des deux yeux.

L'interruption dans le champ de la vision a disparu, il ne reste plus qu'une légère sensation de brouillard, et encore dans une très-petite dimension. Je noterai en passant que les troubles sensitifs et moteurs dont il a été question se sont amendés à peu près dans la même proportion que les troubles visuels.

Depuis que j'ai communiqué le début de cette observation au congrès d'ophthalmologie, c'est-à-dire depuis le 3 octobre, l'état général du sujet a continué à s'améliorer sous l'influence de la médication argyrique, et, depuis quinze jours, il a repris son travail. Il continue l'usage de ses deux pilules d'un centigramme de nitrate d'argent sans en éprouver le moindre inconvénient. Ses forces sont complétement revenues, ainsi que son embonpoint et le sentiment musculaire. Aussi le malade ne chancelle plus lorsqu'on lui fait fermer les yeux; il peut même alors se tenir sur un pied. L'impuissance génitale a également disparu.

Quant aux yeux, la vision centrale n'a plus fait de progrès depuis ce temps, et le malade lit encore aujourd'hui, 22 octobre, les numéros 5 des épreuves de Jaëger comme au dix-huitième jour du traitement; mais le champ visuel est complétement libre. *L'aspect de la papille n'a pas changé.*

Pour expliquer l'effet thérapeutique, en tant qu'il se manifeste par le rétablissement des fonctions physiologiques, il ne me paraît nullement nécessaire d'avoir recours, dans le cas présent au moins, où ni l'atrophie, ni l'amaurose ne furent complètes, d'avoir recours, dis-je, à l'hypothèse de la reproduction de la matière médullaire des tubes nerveux. La suspension du travail morbide sous l'influence duquel a eu lieu d'abord l'interruption des relations physiologiques entre les tubes nerveux et les cellules de la substance grise de l'or-

gane central, c'est-à-dire des couches optiques et des tubercules quadrijumeaux, peut déjà l'expliquer jusqu'à un certain point, ainsi que MM. Charcot et Vulpian l'ont déjà fait remarquer pour les symptômes généraux qui caractérisent cette maladie.

Je n'insisterai pas davantage sur la rapidité extraordinaire avec laquelle l'amélioration a marché. C'est encore là un point que déjà MM. Charcot et Vulpian ont relevé. Tous leurs cinq malades ont éprouvé, de quatre à dix jours après le début du traitement, les premiers symptômes favorables de la médication.

Les trois autres cas d'amaurose que j'ai traités m'ont fourni jusqu'ici un résultat purement négatif, c'est-à-dire qu'aucune amélioration ne s'est encore manifestée. Il faut cependant remarquer que dans l'un d'eux il y avait déjà amaurose complète datant d'à peu près deux ans, avec absence absolue du sentiment de la lumière, et que chez tous, sans exception, les commémoratifs signalent l'existence d'antécédents syphilitiques, circonstances qui n'existaient point dans l'étiologie du cas précédent, qui a cédé si rapidement à l'action du nitrate d'argent.

Les conclusions auxquelles cette observation peut donner lieu sont les suivantes :

1° La supériorité du nitrate d'argent sur tous les autres agents thérapeutiques préconisés jusqu'ici pour combattre l'ataxie locomotrice me paraît constatée une fois de plus.

2° Cette médication est susceptible de guérir les cas récents de la maladie, en enrayant sa marche progressive et en rétablissant les rapports physiologiques entre les éléments nerveux.

3° Mais, aussitôt que des altérations matérielles doivent être présumées, surtout à cause de la date plus ancienne de la maladie, cette médication peut n'amener l'amélioration que dans une certaine limite.

4° Quant à l'atrophie du nerf optique, en particulier, son pronostic ne diffère pas essentiellement de celui de l'affection générale, c'est-à-dire que plus les cas seront anciens, et plus, par conséquent, les caractères ophthalmoscopiques de l'atrophie seront marqués et plus aussi le pronostic sera douteux.

5° Il en résulte évidemment que ce qui reste de la substance nerveuse pourra reprendre ses fonctions physiologiques, sous l'influence du sel lunaire, mais que les éléments nerveux, qui ont déjà subi une métamorphose organique, ne paraissent pas pouvoir reprendre leurs fonctions normales, pas plus que leur structure primitive.

Dr Herschell.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Quelques nouveaux faits de fistules vésico-vaginales récentes guéries par l'emploi de la sonde a demeure. — Malgré les progrès remarquables accomplis par la chirurgie de notre temps, pour le traitement curatif des fistules vésico-vaginales, il y a lieu encore de s'occuper de ces lésions. Les procédés opératoires ne peuvent être mis en œuvre qu'après une assez longue durée de la maladie, car il faut laisser aux efforts réparateurs de la nature le temps de faire leur œuvre. Seulement, la cicatrisation des fistules récentes ne serait-elle pas un fait plus fréquent, si on venait en aide à la spontanéité de l'organisme à l'aide de divers moyens ; ainsi l'usage d'une sonde, placée en permanence dans la vessie, pour détourner l'urine de son cours par la plaie, l'emploi d'un tampon (pessaire à réservoir d'air) pour soulever le fond de la vessie et faciliter l'écoulement de l'urine par la sonde, tout en rapprochant les lèvres de la fistule, enfin l'avivement de celles-ci par la cautérisation, toutes les fois que l'on intervient un certain temps après l'accouchement ? Telles sont les questions principales dont nous avons abordé l'étude il y a quelques années (*Bulletin de Thérapeutique*, t. LIII, p. 59, 353 et 407), et nous croyons avoir prouvé, en les appuyant sur six cas de guérison, que ces pratiques n'étaient pas sans valeur. Un nouveau cas de succès communiqué à la Société de chirurgie par M. Dolbeau, nous engage à revenir sur ces faits, car il a fourni à plusieurs autres membres l'occasion de citer des cas de guérisons obtenues par l'emploi des mêmes moyens. Voici une courte analyse de ces faits.

Obs. I. Une femme de trente-deux ans, primipare, accouche le 20 juillet 1862 à la Ferté-Macé, à l'aide du forceps. Le 12 août, deux jours après son retour à Paris, elle s'aperçoit qu'un peu d'urine sort par le vagin ; l'écoulement allant en augmentant, elle est admise dans le service de M. Dolbeau. La malade placée sur les genoux et sur les coudes, ce chirurgien introduit un spéculum de Sims, et constate que la lèvre antérieure du col de l'utérus est détruite, et qu'il existe à ce niveau une fente transversale du bas fond de la vessie. Dans la crainte d'augmenter l'étendue de la perforation à l'aide de recherches directes, on se borne à pousser dans la vessie une injection de lait qui sourd immédiatement au milieu de la surface malade. On a donc affaire à une fistule vésico-utéro-vaginale. L'état récent de la lésion porte M. Dolbeau à mettre en œuvre d'abord l'emploi de la sonde, puis, le quatrième jour, les bords de la

solution de continuité sont cautérisés avec le nitrate d'argent, et l'on place un tampon dans le vagin. Le vingt et unième jour on enlève la sonde, dont la présence provoque d'assez vives douleurs. Deux jours après, M. Dolbeau constate, par un examen direct avec le même spéculum, et au moyen de l'injection laiteuse, que la fistule n'existe plus.

Obs. II. En 1861, une femme primipare, très-petite et dont le bassin était rétréci, est admise à la Maternité vers le sixième mois de sa grossesse. Un mois après son entrée, on tente de provoquer l'accouchement prématuré; des douches utérines sont administrées sans succès, et la grossesse arrive à terme. On fut obligé, pour délivrer cette femme, de faire la version, d'appliquer le forceps sur la tête fléchie, le corps étant dehors. Cette opération restant infructueuse, on a recours à la céphalotripsie, et l'on s'aperçoit, dix jours après l'accouchement, de l'existence d'une perforation vésico-vaginale située à 1 centimètre en avant du col utérin; sa longueur était de 2 centimètres environ et sa largeur d'un peu plus de 1 centimètre. Sur l'avis de M. Danyau, M. Béraud place une sonde dans la vessie et pratique de temps en temps des cautérisations avec le nitrate d'argent. Chaque jour il visite la fistule et il la voit se fermer d'une manière rapide; la réparation était complète dix-huit jours après l'accouchement. Plus tard il a pu s'assurer que la guérison se maintenait.

Obs. III. Une femme de vingt-cinq ans ayant une présentation de la face est soumise à une application de forceps. Quand l'escarre tomba, il y eut une fistule vésico-vaginale admettant l'extrémité du doigt indicateur. M. Danyau mit une sonde à demeure et tamponna en même temps le vagin. Il ne tarda pas à être forcé de renoncer à l'emploi de ce dernier moyen, et la malade guérit à l'aide de la sonde seule.

Obs. IV. Une femme du faubourg Montmartre, qu'on put délivrer seulement à l'aide de la céphalotripsie, fut affectée, à la suite de ces manœuvres, d'une fistule vésico-vaginale semblable à celle de l'observation précédente. M. Danyau, appelé en consultation, conseilla au médecin de la malade de mettre une sonde à demeure dans la vessie, et quelque temps après la fistule était guérie.

Obs. V. En 1845, une femme entre à l'hôpital Saint-Antoine, affectée d'une fistule vésico-vaginale tellement étendue, que M. Marjolin ne croyait pas à la possibilité d'une réparation spontanée. Sur le conseil de son père, il se décide à placer une sonde à demeure et la fistule guérit très-rapidement. Deux années plus tard, il eut l'oc-

casion de reprendre la malade dans son service pour une vaginite, et put constater que la cicatrice restait solide, seulement le tissu inodulaire avait attiré le col de l'utérus très-fortement en avant vers la symphyse pubienne. Cette cure a eu pour témoins MM. Nélaton et Maisonneuve.

A ces cinq faits de guérisons obtenues à l'aide de l'emploi de la sonde placée à demeure dans la vessie, aidée, ou non, du tamponnement vaginal et des cautérisations avec le nitrate d'argent, MM. Depaul et Verneuil ont opposé un nombre égal de cas empruntés à leur pratique, et dans lesquels la réparation s'était faite sans aucun traitement, malgré l'issue de l'urine par la fistule. M. Verneuil assure que, dans les faits de guérison publiés, il y en a autant qui ont été obtenus sans la sonde qu'avec son secours; ce qu'il reproche à l'emploi de cet instrument, c'est de provoquer des douleurs souvent considérables.

Le meilleur traitement à opposer aux fistules vésico-vaginales récentes est donc loin, on le voit, d'être formulé. Quoique nous partagions en partie l'opinion de M. Verneuil, que l'urine n'est pas un liquide aussi antiplastique qu'on le pense, il est incontestable que son contact ne saurait favoriser la cicatrisation de la plaie, et que, de plus, son écoulement incessant doit s'opposer mécaniquement à la réunion des parties. Partant, l'usage de la sonde ne peut que venir en aide à la réparation spontanée de la perte de substance.

De l'argumentation de notre sagace confrère, nous tirerons surtout l'enseignement que l'emploi de la sonde à demeure n'est pas aussi utile qu'on l'avait cru jusqu'ici, et que toutes les fois que la présence de l'instrument causera de trop fortes douleurs à la malade, on devra ne pas hésiter à se priver de son secours, au moins l'employer d'une manière intermittente.

Il est une autre remarque présentée par M. Dolbeau que nous ne devons pas omettre, car la pratique vit de détails, et le succès d'un traitement tient souvent à des points en apparence futiles. Un des grands obstacles à l'emploi de la sonde à demeure est la difficulté de la fixer dans la vessie. M. Sims a eu l'ingénieuse idée de faire construire un instrument présentant une double courbure, de façon qu'elle pût tenir en place sans aucun secours. M. Dolbeau a fait choix de cette sonde, et il a noté que les pertuis dont est creusée la sonde sont trop petits, et se laissent boucher facilement par des incrustations calcaires qui rendent l'instrument inutile. Ne pourrait-on remédier à cet inconvénient en donnant à celles des ouvertures qui sont placées à la partie déclive de la sonde des dimen-

sions assez considérables pour assurer le passage de l'urine? C'est une modification facile à réaliser et que nous signalons aux praticiens; car le choix de ce modèle nous paraît convenir au traitement des fistules vésico-vaginales récentes assez étendues pour qu'on ne se croie pas encore en droit d'en abandonner la réparation aux seuls efforts de la nature. Le modèle ci-joint que nous trouvons dans le catalogue de M. Charrière, nous semble répondre à notre désir.



La responsabilité du médecin ici est plus engagée que dans le traitement de beaucoup d'autres lésions; la perte de substance est souvent le résultat de manœuvres tocologiques, et les familles n'hésitent pas à rapporter la production de l'accident à l'inhabileté de l'accoucheur. C'est là un des motifs qui nous portent à ne laisser passer aucune occasion de provoquer la lumière sur ce point délicat de pratique.

De l'opportunité de l'emploi des serres-fines dans le traitement des fistules vésico-vaginales récentes. — Le grand nombre des fistules qui résistent aux efforts spontanés de la nature, alors même que leur action est secondée par l'emploi des moyens très-simples que nous venons de signaler, devait nous conduire à nous demander si on ne leur viendrait pas en aide en maintenant les bords de la solution de continuité dans un contact plus immédiat.

Dès l'introduction des serres-fines dans la pratique chirurgicale, nous avons songé aux ressources que présentaient ces petits instruments pour arriver à ce but, et nous avions fait construire par M. Charrière une pince destinée à porter cette sorte de suture métallique au fond du vagin. La figure ci-jointe (fig. 1) montre la disposition adoptée par notre habile fabricant (1), la manière dont

(1) Cette figure est empruntée au catalogue de M. Charrière, seulement, dans l'explication qu'il en donne, il rapporte l'idée de sa construction à un chirurgien américain. Il y a si longtemps que M. Charrière a fait construire cette pince, et son emploi a été si peu vulgarisé, que je lui pardonne son oubli. Du reste, je suis de ceux qui n'ajoutent aucune importance à la priorité des instruments.



l'instrument saisit la serre-fine et la maintient ouverte, jusqu'au moment où, voulant l'appliquer, on détend le ressort qui fixe les extrémités de la pince.

En 1849, lorsque la première occasion se présenta d'essayer ce moyen, un prolapsus complet de l'utérus, qui existait en même temps que la fistule, me permit de me servir de la main. Ainsi que je l'ai raconté, dans l'observation que j'ai publiée, j'ai réussi à aviver les bords de la solution de continuité avec la cautérisation. Si j'avais échoué, je devais modifier mon procédé de la manière suivante : après avoir amené les bords de la fistule à l'état de cruentation à l'aide du bistouri, je me proposais de traverser les lèvres de la plaie avec des épingles et de les maintenir en contact au moyen de serres-fines, embrassant ces épingles dans leurs mors (1).

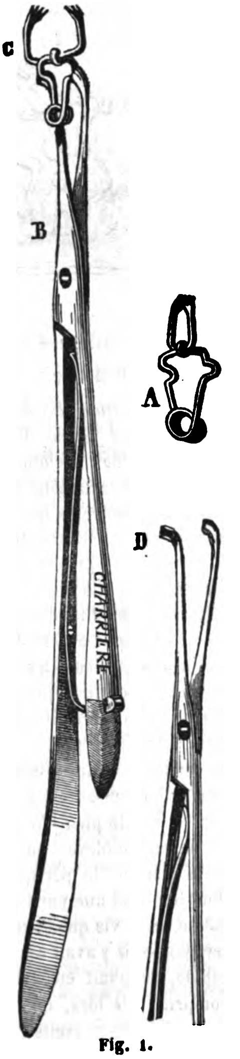


Fig. 1.

J'ai employé ce procédé avec succès dans un cas d'épicanthus, et j'ai vu M. Maisonneuve le mettre en pratique depuis dans un cas de bec-de-lièvre. Afin de prévenir les effets d'une pression trop énergique de la serre-fine, ce chirurgien protégea les tissus à l'aide de rondelles en liége. Ce procédé de suture présente des avantages ; dès que l'agglutination des lèvres de la plaie commence à se produire, on retire les aiguilles qui la traversent et les serres-fines restent en place et assurent le contact des parties jusqu'à leur entière cicatrisation (fig. 3).

Le beau fait de succès des pinces vaginales dans un cas de fistule vésico-vaginale, emprunté à la pratique de M. Desgranges, que nous avons publié récemment, est venu fournir un exemple de la valeur de cette pratique. Du reste, l'idée de ce mode de suture est si simple,

(1) La figure 2 est également empruntée au catalogue de M. Charrière; elle montre une autre disposition de l'extrémité des serres-fines, mais nous préférons celle que nous avons fait représenter dans la figure 3.

si naturelle, qu'elle a dû naître dans l'esprit de bien des confrères. Ainsi, il y a quelques années déjà, M. le docteur Bertet, de

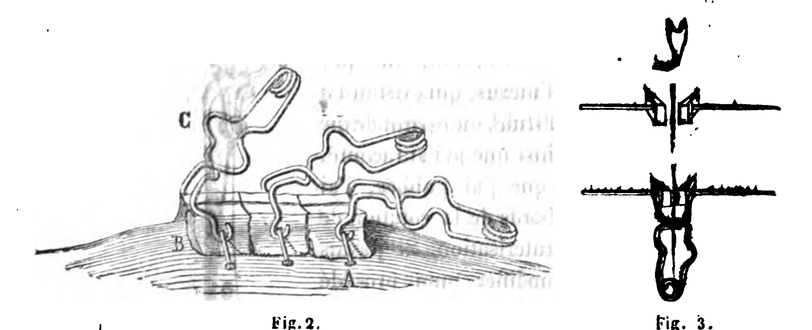


Fig. 2. Fig. 3.

Cercoux, a adressé à l'*Union médicale* deux observations que nous allons reproduire :

Obs. I. *Fistule vésico-vaginale récente. — Emploi d'une serre-fine. — Guérison.* — « Une femme d'une quarantaine d'années, ayant eu déjà trois enfants, fit, au mois de novembre 1854, une couche des plus laborieuses. Le bras se présentait avec la tête. Elle souffrait depuis trente-six heures, et était assistée par deux médecins qui avaient exercé sur elle des manœuvres plus ou moins énergiques. Je l'accouchai au moyen du forceps.

« Malgré les graves et fréquentes attaques d'éclampsie qui compliquaient son état, elle se rétablit promptement. Seulement, il lui resta une fistule vésico-vaginale, capable d'admettre l'extrémité du petit doigt. Cette fistule était située à la partie antérieure du corps de la vessie.

« Après plusieurs tentatives infructueuses de cautérisation et le décubitus sur le ventre, continué pendant plus d'un mois, sans résultat, j'eus l'idée de tenter l'emploi des serres-fines de Vidal de Cassis. M. Charrière me fabriqua, à cet effet, une pince porte-serres-fines qui, sans me fournir de résultat, me donna la certitude de la possibilité d'un succès. Je fis donc construire, par cet habile artiste, une très-grande serre-fine que je pus, en plaçant la malade sur le ventre, sur le pied d'un lit très-haut, les deux pieds appuyés sur deux chaises, en faisant soulever par un aide (son mari), et en soulevant moi-même de la main gauche le périnée, porter, avec ma main droite, jusque sur la fistule, dont je pinçai une partie. Au bout de trois jours, la serre-fine se détacha d'elle-même, et je vis que j'avais réussi à rétrécir la fistule. A la place qu'occupait la serre-fine, il y avait un petit bouchon rouge-brun, formé par la muqueuse vaginale, qui avait été, pour ainsi dire, broyée par le mors de la serre-fine. Je compris, dès lors, qu'avec de la patience, j'allais guérir cette malheureuse femme. Deux nouvelles applications de ma serre-fine amenèrent, en effet, la guérison complète de cette fistule, en douze jours de temps, sans avoir presque occasionné de douleur à la malade, et, ce qui vaut mieux, sans lui avoir fait courir le plus petit danger. »

Le fait de guérison suivant est plus remarquable en ce que la fistule datait de quatorze années.

Obs. II. *Fistule vésico-vaginale ancienne. — Pincement et écrasement de la muqueuse vaginale. — Guérison.* — « La femme Vaillé, demeurant actuellement au village de Mirombeau, commune de Cereoux, âgée de cinquante ans, n'étant plus réglée, porte une fistule vésico-vaginale depuis quatorze ans ; cette fistule, située profondément, intéressant le corps de la vessie au niveau du museau de tanche, est capable d'admettre l'extrémité de l'index, qui pénètre facilement, à travers elle, du vagin dans la vessie.

« Cette fistule est légèrement ovalaire, ayant sa grosse extrémité dirigée vers le fond de la vessie ; ses bords sont peu épais, peu calleux ; elle n'est point infundibuliforme. Cette grave infirmité est survenue à la suite d'un accouchement long et laborieux, conduit par une matrone de village.

« Quelques mois après ce malheureux accouchement, je fus consulté par la femme Vaillé. La cautérisation au nitrate d'argent, aidée de la position, n'amena aucun résultat pour cette malheureuse que je perdis bientôt de vue. Plus tard, elle alla à l'hôpital de Bordeaux, où, après examen, on la renvoya sans avoir rien tenté pour elle.

« C'est le 20 décembre dernier que j'ai été appelé de nouveau à m'occuper de la femme Vaillé.

« Chez cette femme, les parties génitales externes et l'entrée du vagin, ainsi que les plis des cuisses, sont recouverts d'incrustations calcaires ; il en est de même des poils implantés sur ces parties. Le vagin est un peu rétréci. La malade répand une odeur d'urine des plus prononcées, et ne peut aucunement retenir ce fluide, qui s'échappe incessamment par le vagin.

« Ce jour-là même, 20 décembre, je tentai l'application de ma grande serre-fine. Malgré tout ce que je pus faire, en me faisant aider par le mari, il me fut impossible d'arriver à pincer la fistule, la serre-fine ne pouvant être portée assez loin ; je parvins seulement à la placer sur ses confins. Quand je revins voir cette femme, quelques jours plus tard, je trouvai la serre-fine en place, mais recouverte d'incrustations calcaires, preuve que l'urine avait continué à couler par le vagin. Cependant, la malade prétend qu'il en est passé une certaine quantité par l'urètre. Je fis immédiatement une seconde application, qui ne me donna pas un meilleur résultat.

« Le 1er janvier, j'eus l'idée de remplacer la serre-fine, qui ne pouvait remplir mon but, par un instrument bien simple et de plus grande dimension, sur le compte duquel je demande à garder le silence jusqu'à ce qu'il ait été rendu plus *présentable* et plus *scientifique* par notre célèbre Charrière, à qui j'en confie le soin. Dans le mémoire que je publierai plus tard sur cet intéressant sujet, je ferai part au lecteur des diverses péripéties que j'ai dû traverser pour arriver au résultat où j'en suis maintenant.

« Cet instrument resta en place jusqu'au 3 ; pendant ce temps, la femme Vaillé ne perdit pas d'urine par le vagin. Ma joie fut grande, ce jour-là, en voyant que mon nouvel instrument n'offrait aucune trace d'incrustations urineuses. Je l'enlevai aussitôt, et ne pus, dès lors, retrouver la fistule. La malade urina devant moi, la valeur d'un verre à liqueur.

« La place qu'occupait la fistule, avant mon opération, a l'aspect d'un *bourrelet* rouge-brun, saignant au moindre contact, et de la grosseur de la moitié d'une cerise ordinaire. Le 8, la malade garde toujours son urine ; seulement elle est obligée de se livrer fréquemment à la miction ; sa vessie ne pouvant garder qu'une très-petite quantité d'urine. L'endroit occupé par la fistule, examiné au moyen de l'écartement des grandes lèvres et du soulèvement du péri-

née, offre l'aspect d'un *bourrelet* moins gros, moins rouge et à peine saignant. Le doigt, porté dans le vagin, ne trouve aucune trace de la fistule, et, à sa place, rencontre une sorte de froncement de la muqueuse. La sonde, introduite dans la vessie, donne issue à une certaine quantité d'urine. Il est impossible de lui faire rencontrer l'orifice vésical de la fistule. Le 12, toute trace de l'opération a à peu près disparu. L'introduction de la sonde donne passage à un demi-verre d'urine.

« La femme Vaillé est donc guérie de sa fistule, qui datait de quatorze ans, sans avoir couru aucun danger et sans avoir, pour ainsi dire, éprouvé de douleurs, dans un espace de temps très-court, et qu'il sera possible d'abréger encore par de l'habitude, et avec le secours d'instruments plus parfaits que ceux dont je me suis servi chez elle. »

Bien des cas analogues restent perdus pour la science. M. le professeur Michaux me racontait récemment qu'il avait été mandé par un médecin des environs de Louvain pour opérer une dame qui, accouchée depuis quelques jours seulement, avait une fistule vésico-vaginale. Ce chirurgien s'y refusa et engagea d'attendre quelques mois. La dame s'adressa à un autre chirurgien ; celui-ci réunit les bords de la perte de substance avec des serres-fines, et la guérison eut lieu à l'aide de ce moyen. Il est regrettable que M. Michaux n'ait vu la malade ni avant, ni après la cicatrisation de la fistule.

Un fait nous avait frappé lors de notre première lecture de la clinique de l'illustre Larrey : le conseil qu'il donne, dans les cas de blessures de la face par des armes à feu, de régulariser les bords frangés des plaies par quelques coups de ciseaux, et de les réunir de suite à l'aide de sutures. Cette pratique est étayée d'un assez grand nombre d'observations pour qu'on tienne grand compte de l'enseignement. Or, entre l'attrition des parois des joues par un projectile de guerre et la destruction de la cloison vésico-vaginale par la pression de la tête de l'enfant et celle des branches d'un forceps, la différence n'est pas grande. Restent les conditions particulières de cette dernière plaie ; mais nous croyons avoir démontré, dans l'article que nous avons rappelé ci-dessus, que la puerpéralité était une circonstance favorable à la cicatrisation de la paroi vésico-vaginale. Dieffenbach ne réunissait-il pas immédiatement les déchirures du périnée, sans s'inquiéter de l'état puerpéral et de l'écoulement des lochies? Cette question est digne, on le voit, de tenter le zèle de quelque jeune chirurgien, et nous serions heureux d'en voir aborder l'étude avec la persévérance qu'elle comporte.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Ataxie locomotrice progressive *de forme hémiplégique et compliquée d'accès épileptiformes* (*Cas d'*), *traité avec succès par le nitrate d'argent*. Les résultats obtenus par M. Wunderlich, au moyen du nitrate d'argent, dans le traitement de la maladie appelée paralysie spinale progressive par ce médecin, et qui ne diffère pas au fond de celle décrite sous le nom d'ataxie locomotrice par M. Duchenne, de Boulogne; ces résultats, que nous avons pris soin de signaler, étaient de nature à frapper l'attention des praticiens. MM. les docteurs Vulpian et Charcot, après avoir repris les essais du professeur de Leipzig, ont fait connaître dernièrement, dans ce journal même, les succès qu'ils ont dus à la médication argyrique. Aujourd'hui, nous avons à enregistrer un nouveau fait qui lui est également favorable.

Il s'agit d'un cas qui s'est présenté dernièrement à la Salpêtrière, dans le service de M. Moreau, de Tours, et qui est relatif à une femme âgée de trente-neuf ans. Sans entrer dans les détails de l'observation, lesquels ont été parfaitement exposés par l'interne, M. Duguet, nous nous bornerons à dire que l'ataxie locomotrice progressive offrait chez cette femme une particularité peu commune, celle d'être limitée à un seul côté du corps (le droit), et d'être compliquée d'accès épileptiformes, et nous ne rendrons compte que du traitement, en faisant connaître au fur et à mesure les modifications produites dans les phénomènes morbides.

Ce traitement fut commencé le 18 juin. De ce jour au 27 du même mois, la malade prit quotidiennement une pilule contenant 0gr,01 centigr. de nitrate d'argent. Le 27, elle fut mise à deux pilules par jour; dès le 29, amélioration, appétit plus vif, disparition de la constipation, qui était habituelle et opiniâtre; meilleure coordination des mouvements des membres. Du 14 au 28 juillet, trois pilules; amélioration encore plus prononcée: incoordination et faiblesse du membre inférieur droit amendées à tel point que, le 15, la malade peut non-seulement se tenir debout, mais même marcher pendant quelques minutes, tout en conservant une démarche singulière et sautillante, et que vers le 20, il lui est possible, pour la première fois depuis trois ans, de se servir de sa main droite.

Du 28 juillet au 12 août, dans le but d'instituer une contre-épreuve, la médication est suspendue, sans que la malade en soit prévenue; on lui administre chaque jour trois pilules de mie de pain. Au bout de huit jours, le bénéfice obtenu commence à rétrograder à vue d'œil.

Le 12 août, reprise du nitrate d'argent, trois pilules, toujours à l'insu de la patiente; dès le 15, l'amélioration commence à reparaître et va croissant de jour en jour; en même temps, prurit cutané et sentiment particulier de chaleur à l'épigastre, effets signalés par MM. Charcot et Vulpian.

Du 26 août au 14 septembre, quatre pilules par jour: l'embonpoint renaît; les membres droits égalent en volume ceux du côté gauche; la malade se promène dans les salles et dans les cours une bonne partie de la journée, sans aide, peut monter et descendre plusieurs étages; la démarche est seulement encore un peu sautillante et le membre droit un peu traînant; la sensibilité tactile est égale des deux côtés; la prononciation redevient plus facile; la mémoire, qui était très-affaiblie, s'améliore. Le 20 septembre, il y avait eu encore de nouveaux progrès, la santé générale était parfaite, et la malade demandait sa sortie. (*Union méd.*, octobre, 1862.)

Conjonctivite pustuleuse (*Bons effets des insufflations de calomel dans quelques affections oculaires, et notamment dans la*). Selon M. Soelberg Wells, l'insufflation du calomel agit souvent *comme un charme* dans l'ophthalmie phlycténulaire, affection qui, en général, se montre si rebelle au traitement et si sujette à récidiver. Dans le but de s'assurer d'une manière non douteuse de la valeur réelle de cet agent et de l'influence qu'il exerce sur la guérison, M. Wells s'est abstenu de tout traitement externe ou interne dans un certain nombre de cas, en ayant soin, une fois l'affection locale guérie, de tourner toute son attention vers l'état constitutionnel, ou même de le faire dès le début du traitement, lorsqu'il y avait indication urgente d'en agir ainsi. Le calomel, toutefois, ne doit pas être indistinctement appliqué à tous les cas de conjonctivite ou de kératite phlycténu-

laire; s'il y a en effet beaucoup de larmoiement, une grande vascularisation, une photophobie prononcée, ou s'il existe des ulcères de la cornée, le calomel est trop irritant, et souvent il augmente considérablement l'intensité de ces symptômes, qui doivent en conséquence être d'abord combattus et maîtrisés par l'atropine, les contre-irritants, etc.; après quoi l'on peut avoir recours au calomel avec des avantages surprenants. Il faut l'employer chaque jour ou de deux jours l'un, en ayant soin de le continuer encore un peu de temps après la guérison, afin de prévenir le retour du mal. De plus, il conviendra d'avertir le malade de revenir au même moyen, dès que l'œil deviendra irritable ou rouge; car, par une application immédiate du médicament, il est presque toujours possible d'empêcher une nouvelle explosion de la maladie. Il faut surveiller avec le plus grand soin l'effet de la première insufflation; car au cas où le calomel se montrerait trop irritant, il conviendrait de s'en abstenir jusqu'au moment où l'irritabilité de l'œil aurait été apaisée au moyen de l'atropine, etc. Le calomel doit être parfaitement sec, de manière à former une poudre impalpable; en effet, s'il se trouve tant soit peu humide, il est susceptible de former sur la conjonctive et la cornée des espèces de grumeaux qui peuvent agir comme irritants sur ces membranes. On se sert pour l'appliquer d'un petit pinceau de blaireau qu'on tient entre le pouce et l'index, tandis que d'une légère secousse avec le médius sur le manche de l'instrument on lance un peu de la poudre dans l'œil entr'ouvert. Le calomel paraît agir dans ces cas d'une manière spécifique, en vertu de ses propriétés chimiques, et non à la façon d'un irritant mécanique, car l'insufflation d'une autre substance finement pulvérisée, telle que la magnésie, etc., n'apporte pas de résultats semblables. Il est, quant à présent, incertain s'il agit sur les glandes de Meibomius ou sur les cellules épithéliales de la conjonctive. C'est encore un agent très-utile dans la kératite pustuleuse, qui se rencontre si fréquemment à la suite de la scarlatine, de la rougeole, etc., dans les différentes formes d'opacité de la cornée, principalement si cette opacité n'est ni de date ancienne, ni trop dense, chose d'ailleurs qui est bien connue des médecins. (*Lancet*, septembre 1862.)

Fièvres intermittentes. *Traitement par les injections sous-cutanées de sulfate de quinine.* M. le docteur Gondas, l'ancien rédacteur en chef de l'*Abeille médicale d'Athènes*, expose comme il suit la découverte qui lui a été communiquée pendant son séjour à Smyrne par M. le docteur William Schachaud. Ce médecin, dit-il, traitait une sciatique compliquée de fièvre intermittente, par des injections sous-cutanées d'atropine; l'idée lui est venue de combattre l'élément intermittent par la même méthode, c'est-à-dire, par des injections de quinine, et, en l'employant, il a obtenu un résultat des plus prompts et des plus satisfaisants, la disparition immédiate de la fièvre intermittente. Cette réussite l'engagea à employer, à titre d'essai, la même méthode contre toute espèce de fièvres paludéennes, aussi bien que contre toutes les conséquences fréquentes et variées de cette fâcheuse affection, et ces tentatives furent également couronnées de succès. Or, voici les phénomènes qui surviennent immédiatement après l'injection: dans l'espace d'une demi-heure, tous les symptômes qui accompagnent l'accès commencent par s'amender d'une manière notable. Le pouls perd de sa fréquence. La chaleur ardente de la peau, quand elle existe, diminue sensiblement, et quand il s'agit d'une fièvre algide, une chaleur douce commence par s'établir. Les angoisses du malade diminuent aussi, en raison de l'apparition d'une transpiration agréable et abondante. Il survient un bruit notable dans les oreilles, ce qui atteste l'action du remède, et le malade entre en convalescence.

Voici maintenant comment procède le docteur Schachaud pour faire cette petite opération: il charge une très-petite seringue avec dix ou douze gouttes d'une solution concentrée de sulfate de quinine (ordinairement 5 centigrammes de sulfate pour quatre gouttes d'eau aiguisée d'acide sulfurique, quantité suffisante); avec une lancette il perfore la peau à n'importe quel endroit de sa surface, et enfin par la petite ouverture qui en résulte, il pousse l'injection dans le tissu cellulaire; le plus souvent il fait l'injection pendant le maximun de l'accès, et c'est alors que le résultat est des plus remarquables et des plus frappants. Une seule opération suffit pour obtenir la guérison des fièvres; la diète analeptique et quelquefois l'usage

des ferrugineux pour reconstituer les forces complètent le traitement. M. le docteur Schachaud a assuré à M. Goudas qu'à la suite de plusieurs expériences il n'a eu qu'une seule récidive, et celle-là même après une guérison parfaite de trois mois.

M. Goudas a entrepris lui-même une série d'expériences. Déjà, dit-il, une quinzaine de fiévreux, traités par cette méthode, sont venus confirmer les résultats énoncés par M. Schachaud.

Cette méthode, si l'expérience répétée sur une plus grande échelle venait à en confirmer l'efficacité, offrirait les avantages suivants :

1° De n'exiger qu'une très-petite quantité de quinine (10 à 15 centigrammes); 2° de pouvoir combattre simultanément les complications quand il en existe; 3° d'ouvrir une voie sûre et efficace à la quinine dans l'économie, dans les cas où l'état des voies gastriques en rendrait l'ingestion dans l'estomac impossible ou très-difficile. (*Union méd.*, septembre 1862.)

Œnanthe safranée (*Empoisonnement par la racine d'*). Le genre œnanthe, de la famille des ombellifères, renferme plusieurs espèces herbacées à racines tuberculeuses, dont quelques-unes sont délétères, entre autres celle dite *à feuilles de persil*, ou *crocata*, *safranée*, à cause du suc jaune qu'elle contient. Cette espèce est des plus vénéneuses : ses feuilles ont quelquefois été confondues avec celles du persil ou du céleri, et, mangées en salade, elles ont causé la mort; autant en ont fait ses racines, qui sont facilement prises pour de petits navets, ou pour celles de l'œnanthe *pimpinelloïdes*, lesquelles ne sont pas nuisibles. M. Baume rapporte deux exemples intéressants des graves accidents que peut causer cette plante.

Huit pensionnaires de l'asile de Quimper étaient occupés à labourer une pièce de terre, lorsqu'un d'eux fut rapporté à l'asile sans pouls et pris de convulsions. Ce malheureux succomba très-rapidement, une demi-heure après l'apparition de ces symptômes. A l'autopsie, l'on trouva une vive injection des méninges et du cerveau, et celui-ci présentant une consistance remarquablement ferme; les poumons étaient gorgés de sang noir à leur partie déclive; les reins et la rate étaient distendus par du sang veineux; l'estomac et les intestins contenaient des débris d'une racine blanche réduite en pulpe, mais en si petite quantité, qu'on fut surpris de la rapidité avec laquelle la mort était survenue, cet homme ayant quitté l'asile deux heures auparavant en très-bonne santé. Un de ses camarades fut également trouvé avec le pouls faible, la face pâle et les pupilles dilatées; il put rentrer à l'asile, mais sa démarche était chancelante. Un émétique et un purgatif procurèrent l'expulsion d'une portion de racine blanche, qui fut reconnue pour provenir de l'œnanthe crocata. Il en avait mangé un morceau dont la grosseur ne dépassait pas celle d'un bouchon ordinaire. On administra ensuite une forte infusion de café et de l'iodure de potassium. (*Arch. des mal. mentales*, et *Dublin med. Press*, septembre 1862.)

Plaie du cœur *intéressant les deux ventricules; guérison*. Il y a des lésions tellement graves, que c'est toujours apporter un enseignement utile que de faire connaître des faits qui démontrent leur curabilité. Il en est ainsi des plaies du cœur et surtout des plaies pénétrantes; bien que des exemples authentiques aient prouvé dès longtemps que la guérison en est possible, un cas nouveau ne peut manquer d'être intéressant.

Pierre de Luca, de Bologne, rapporte M. Brugnoli, fut frappé d'un coup de couteau le 23 août 1835, à deux pouces au-dessus du mamelon gauche et à une courte distance du sternum. Au bout de soixante dix-huit jours, pendant lesquels on constata des phénomènes stéthoscopiques remarquables, mais qu'il est inutile de consigner ici, cet homme sortait guéri de l'hôpital, et quelques mois après il reprenait ses occupations de cordonnier. Une tumeur se forma sous la clavicule gauche, mais disparut après une hémorrhagie pulmonaire, et fut complétement guérie à la suite d'un traitement par la méthode de Valsalva. Examiné longtemps après, cet homme présentait des signes évidents d'hypertrophie du cœur, avec un souffle masquant le premier bruit et ayant son maximum d'intensité à la base. Enfin, atteint d'œdème des membres inférieurs, d'engorgement du foie, de vomissements bilieux, etc., il succomba à l'hôpital de Bologne, en avril 1855, dix-neuf ans et sept mois après sa blessure. — A l'autopsie on trouva une hypertrophie excentrique du cœur, un épaississement notable du péricarde avec de nombreuses adhé-

rences ligamenteuses à la surface cardiaque, dont quelques-unes étaient encroûtées de matières calcaires. A la partie antérieure du ventricule droit, près de la valvule semi-lunaire, était un espace quadrilatère d'environ trois centimètres, d'une coloration blanche, opaque, et qui évidemment n'était autre chose qu'une cicatrice. Une cicatrice semblable se trouvait dans la cloison inter-ventriculaire, en un point directement opposé à la première, et aussi à l'angle postérieur de la valvule mitrale qui était divisée en deux parties, converties chacune en un large cordon tendineux. (*Bullet. delle sc. med.*, et *British. med. journ.*, septembre 1862.)

Tumeurs *hypertrophiques des glandes lymphatiques du cou* (*Nouveau mode de traitement des*). M. le docteur Schönfeld, s'étant assuré par de nouvelles recherches anatomiques que les vaisseaux lymphatiques aboutissant aux glandes hypertrophiées du cou, tirent leur origine des muqueuses de la bouche, du nez et du gosier, propose d'appliquer sur ces dernières et non plus sur la surface externe des tumeurs glandulaires, les préparations d'iode généralement employées comme remèdes fondants. Il prescrit ces médicaments sous la forme de poudre à priser ou bien en frictions sur la muqueuse buccale ou pharyngienne, suivant le siége anatomique des glandes engorgées. L'auteur cite plusieurs observations à l'appui de son nouveau mode de traitement, qui paraît avoir été favorablement accueilli par les professeurs de la Faculté de Vienne. (*Presse médicale belge*, septembre 1862.)

Urémie (*Les symptômes de l'*), *pouvant simuler l'empoisonnement par les narcotiques*. Il est un état morbide de l'économie qui avait été remarqué depuis longtemps sans que la vraie étiologie en fût connue, et auquel Frerichs a assigné et sa cause réelle et un nom qui en rappelle la nature : c'est l'urémie, c'est-à-dire l'intoxication résultant d'un excès d'urée dans le sang. Cet état, qui se produit à un degré plus ou moins intense dans tous les cas où la sécrétion urinaire se trouve ou abolie ou considérablement diminuée, et aussi dans ceux où il existe de l'albumine dans l'urine, mérite à tous égards de fixer l'attention des praticiens; car, constaté, il peut donner la clef de phénomènes pathologiques autrement inexplicables, et empêcher la thérapeutique de s'égarer.

Mais il est bon d'avoir présent à l'esprit que les symptômes de cette intoxication, lesquels consistent en troubles nerveux, peuvent se manifester sous l'influence d'autres causes. C'est ainsi qu'ils pourraient, par exemple, dans certains cas donnés, en imposer pour des empoisonnements par les narcotiques, par l'opium, la belladone, etc. Parmi ces symptômes, en effet, se trouvent des convulsions, et surtout le coma, et un état variable des pupilles qui tantôt sont dilatées et tantôt resserrées, phénomènes qui, avec la diminution ou la suppression de la sécrétion et de l'excrétion urinaires, se retrouvent dans l'empoisonnement par les produits du pavot ou par les solanées vireuses.

Cette remarque a été faite par le docteur Daniel Moore, à propos du cas d'une femme âgée de trente-huit ans, atteinte depuis plusieurs mois d'une maladie des reins. Un matin, avec le docteur Holdsworth appelé en consultation, il la trouva dans un demi-coma, ayant la respiration stertoreuse, le pouls très-fréquent et petit, la peau froide, les pupilles dans un état de resserrement extrême. Ces symptômes faisaient penser à un empoisonnement par l'opium; mais la malade n'en avait pas pris, à l'exception de *six gouttes de laudanum trois jours auparavant*; en revanche, il y avait un grand nombre d'heures qu'elle n'avait uriné, et le cathéter introduit dans la vessie ne trouvait pas une goutte d'urine dans ce réservoir. Cet état persista jusqu'à la mort, qui arriva trente-six heures après le début de ces phénomènes, si semblables à ceux du narcotisme. (*Lancet*, septembre 1862.)

VARIÉTÉS.

DE LA RESTAURATION MÉCANIQUE DES MACHOIRES SUPÉRIEURE ET INFÉRIEURE [1].

De la restauration du maxillaire entier.

Voici un second fait de restauration du maxillaire non moins intéressant.

[1] Suite, voir la précédente livraison, p. 331.

Dans le cas précédent, la résection a porté sur un os sain, car l'opération était un acte préliminaire pour l'ablation du polype; dans celui qui va suivre, l'ablation du maxillaire était nécessitée par une lésion organique.

M. Nélaton a cherché d'abord à prévenir une mutilation en détruisant la tumeur sur place. Celle-ci, reparaissant, il n'a pas hésité à sacrifier une grande partie de l'os, bien au courant qu'il est des secours de la prothèse.

Obs. *Tumeur à myéloplaxes du maxillaire supérieur; — ablation complète de cet os; — appareil prothétique comblant la perte de substance et permettant la mastication.* — Boussuge, commis marchand, âgé de vingt ans, est admis, le 1er avril 1856, à l'hôpital des cliniques, et placé dans le service de M. le professeur Nélaton. Ce jeune homme est affecté d'une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, paraissant faire corps avec le maxillaire supérieur, et un peu souple; elle est plus élastique à son sommet, où l'on sentait même une sorte de fluctuation; une ponction exploratrice ne donne issue qu'à quelques gouttes de sérosité sanguinolente. La tumeur, recouverte de téguments intacts et parfaitement mobiles au-devant d'elle, fait une légère saillie dans le cul-de-sac supérieur de la muqueuse buccale, à 8 ou 10 millimètres du bord festonné de la gencive; elle fait une saillie plus forte dans la fosse nasale correspondante, ainsi qu'à la partie interne de la joue, où elle soulève fortement l'aile du nez; c'est même cette déformation, cette projection de l'aile du nez en avant, qui donne à la physionomie un aspect particulier et en quelque sorte spécial à ces sortes de tumeurs.

Pour ménager les dents incisives déjà un peu ébranlées et surtout l'os maxillaire supérieur, M. Nélaton crut devoir se borner à inciser la tumeur par la muqueuse buccale, puis à enlever par fragments toutes les portions de son tissu friable, qui étaient accessibles au doigt introduit par cette ouverture, et enfin à cautériser énergiquement au fer rouge, et par la même voie, les parties restées adhérentes aux parois de l'excavation. Les suites de cette opération furent très-simples; un mois après, le malade sortait, en apparence guéri de sa tumeur.

Trois mois après, la déformation de la face commença à reparaître, et au mois de novembre de la même année ce malade rentra dans le service avec une reproduction complète de sa tumeur; elle était même plus volumineuse que la première fois et remplissait complétement la fosse nasale correspondante; du reste, même consistance, même indolence que la première fois; épiphora par la compression du canal nasal. M. Nélaton se décida cette fois à sacrifier l'os maxillaire supérieur; il en fit l'ablation complète le 3 décembre 1856. Pour les détails de l'opération et la description de la tumeur à myéloplaxes, nous renvoyons aux *Bulletins de la Société anatomique* (déc. 1856, p. 486), dans lesquels se trouve rapportée l'observation complète rédigée par M. Eug. Nélaton, interne du service.

Les suites de la seconde opération, quoique beaucoup plus étendue que la première, furent encore des plus simples, et ce jeune homme sortit complétement guéri cette fois, le 5 janvier 1857. Trois mois plus tard, M. Nélaton adressa Boussuge à M. Preterre, afin qu'il lui fît un appareil [1].

---

[1] Voici la description générale de la pièce, telle qu'elle se trouve dans l'*Art dentaire:*

La forme générale de la pièce est celle d'un quart d'ovoïde creux; elle est convexe à sa face supérieure, concave à la face inférieure.

Nous lui considérons: Deux faces: — une face supérieure; — une face in-

Voici l'état du sujet sans la pièce artificielle :

Aspect extérieur. — La partie gauche de la lèvre supérieure et la commissure de ce côté sont sur un plan un peu postérieur à celui qu'occupent ces parties du côté droit. La joue du même côté est un peu déprimée au-dessous de la

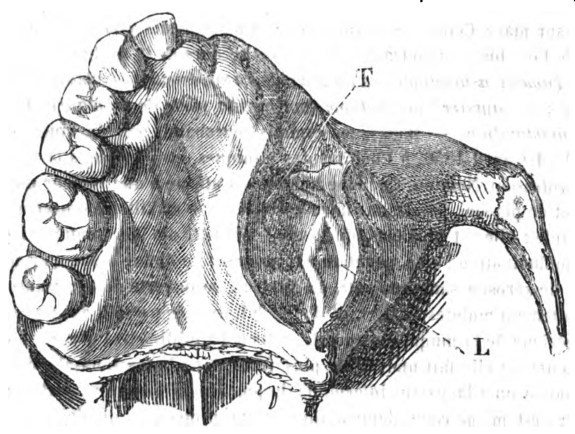


Fig. 12.

région malaire. Une cicatrice linéaire et courbe, à convexité antérieure, part de l'angle interne de l'œil gauche, parcourt la face latérale gauche du nez, et après avoir passé sur l'aile du nez de ce côté, se termine au bord libre de la lèvre supérieure, un peu à gauche de la ligne médiane. L'angle interne de

---

férieure. Deux bords : — un bord antérieur en fer à cheval ; — un bord postérieur.

Face supérieure. — Cette face est convexe ; sa moitié gauche présente une éminence semi-pyramidale, tronquée au sommet A (fig. 13), qui se moule sur les parties molles. Sa partie supérieure, qui a à peu près la forme d'une aveline

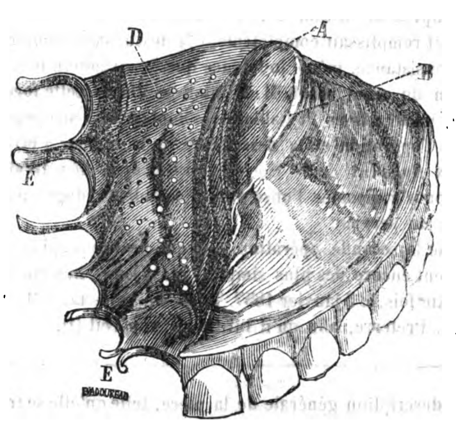


Fig. 13.

dont la grosse extrémité serait tournée en arrière, et qui est séparée de sa base par un sillon peu prononcé (B), bouche l'ouverture de la voûte palatine. La base

l'œil est un peu attiré en bas et en dedans, le globe oculaire paraît plus saillant à cause de la rétraction de la paupière inférieure, le bord inférieur de l'orbite manquant. L'enfoncement de la commissure et de la joue est plus considérable quand le sujet parle. Lorsqu'il ouvre la bouche, on voit que la moitié gauche de l'arcade dentaire supérieure manque.

Aspect de la cavité buccale. — Derrière la moitié gauche de la lèvre supé-

---

se moule en dehors sur la face interne de la joue, et supporte à sa partie inférieure sept dents artificielles munies de leurs gencives. En dedans, cette éminence est en rapport avec le bord inférieur du maxillaire gauche, et en arrière avec la muqueuse qui recouvre le bord antérieur du palatin gauche. La partie droite de cette face se moule sur la moitié restante de la voûte palatine et présente un groupe de trente à quarante petits trous dont nous avons déjà parlé. Son bord inférieur, en rapport avec la série des collets des dents du maxillaire droit, supporte des lames métalliques (EE) qui fournissent des points d'appui à la pièce, en embrassant les couronnes des dents naturelles.

La face inférieure (fig. 14), concave, présente les éminences et les dépres-

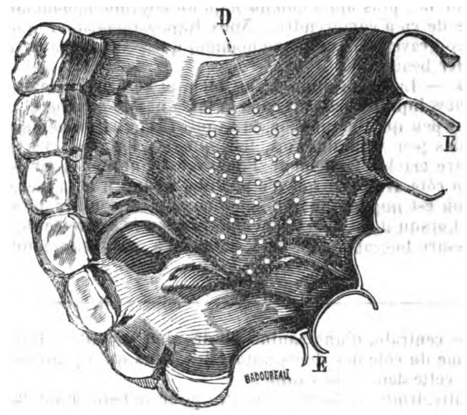


Fig. 14.

sions de la voûte palatine sur laquelle elle se moule à droite, et les trous (D) dont nous avons déjà parlé. A droite, son bord est échancré pour s'ajuster à la série des collets des dents, et supporte les lames qui fournissent des points d'appui à l'appareil ; à gauche, ce bord présente des lames métalliques auxquelles sont rivées les dents artificielles par leur face postérieure.

Bord antérieur (fig. 15). — Ce bord, courbe, présente dans sa moitié gauche

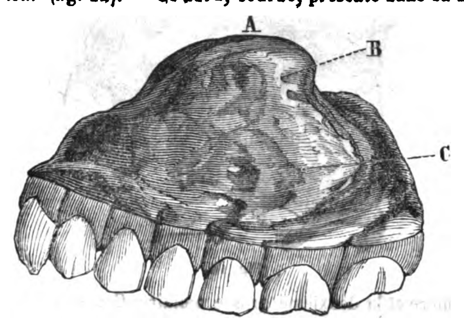


Fig. 15.

les sept dents artificielles forment la demi-arcade supérieure qui se compose

rieure, au lieu de la moitié correspondante de l'arcade alvéolo-dentaire, on voit une ouverture ovalaire dont le grand diamètre, qui est antéro-postérieur, a 3 centimètres environ, et dont le petit diamètre, qui est transversal, a un peu plus de 1 centimètre. Cette ouverture L (fig. 12) est limitée en dedans par le bord interne du maxillaire droit; en avant et sur les côtés, par la surface muqueuse de la joue; en arrière, par le bord antérieur de la portion horizontale du palatin qui a été conservée; c'est au niveau de ce bord que s'est faite la cicatrice des deux surfaces muqueuses qui recouvrent cette partie de la voûte palatine.

A travers cette ouverture, on voit la partie interne et postérieure de la fosse nasale gauche F. Sur la face muqueuse de la lèvre, on voit une cicatrice linéaire verticale correspondant à la cicatrice de la peau. Le maxillaire droit est intact et muni de six dents; l'incisive latérale manque; elle a été cassée, il y a trois ans, dans une chute; la racine a été arrachée. La dent de sagesse, de ce côté, n'est pas encore poussée. Le maxillaire inférieur a quatorze dents; les dents de sagesse ne sont pas sorties.

Prononciation sans la pièce. — La voix est excessivement nasonnée, le sujet n'articule que très-imparfaitement et avec beaucoup d'efforts et de contractions des muscles de la face: la parole est à peu près inintelligible, surtout lorsqu'il parle vite; il ne fait plus alors entendre qu'un bourdonnement confus auquel il est impossible de rien comprendre. Nous ferons remarquer que cet inconvénient était très-grave pour ce jeune homme, qui est commis en nouveautés et obligé de parler beaucoup.

Mastication. — La mastication se fait bien du côté droit; mais quand le sujet avale, les parties liquides passent dans la fosse nasale gauche et reviennent par la narine, pour peu qu'il se penche en avant. Certains aliments mous ou composés de parties peu volumineuses, tels que les lentilles, les pois, etc., ne peuvent pas être mâchés facilement. Boussuge est obligé, pour les mâcher, de se pencher du côté droit, ce qui n'a pas lieu quand il a sa pièce. Sans l'appareil, la succion est impossible; le sujet ne peut ni souffler ni siffler; il fume difficilement Lorsqu'il est couché du côté gauche, la salive coule abondamment par la commissure buccale de ce côté, ce qui n'a pas lieu quand l'appareil est en place.

---

d'une incisive centrale, d'une canine et de cinq molaires. L'incisive latérale manque, comme du côté des dents naturelles, sans qu'il y ait cependant d'intervalle entre cette dent et la canine.

Dans la moitié droite, ce bord, échancré pour se mouler sur la série des collets des six dents naturelles, présente quatre anses métalliques embrassant (fig. 16), l'une, l'incisive centrale; l'autre la canine; les deux dernières en-

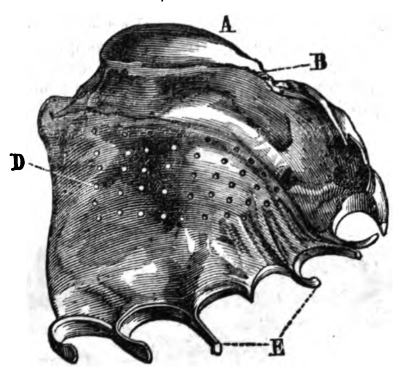


Fig. 16.

tourent la première et la deuxième grosse molaire. Ces lames laissent libre la face extérieure de ces dents.

Le bord postérieur ne présente rien de particulier à considérer; il repose sur la muqueuse qui revêt la face inférieure de la portion horizontale du palatin.

Etat du sujet muni de sa pièce :

Aspect extérieur. — La joue ne présente plus de dépression au-dessous de la région malaire. La lèvre est soutenue et ne se rétracte plus vers l'intérieur de la bouche, même pendant les mouvements; sauf la dépression du grand angle de l'œil, le visage présente une parfaite régularité. L'arcade dentaire supérieure est complétée par une demi-rangée de dents artificielles.

Cavité buccale. — La voûte palatine est revêtue d'une lame métallique (fig. 14) limitée en arrière au bord adhérent du voile du palais; l'ouverture anormale est par conséquent bouchée. Sur la partie de cette lame qui recouvre la partie palatine du maxillaire droit sont percés un certain nombre de petits trous qui laissent écouler les liquides. Dans le principe, cette partie de lame ne présentait pas ces trous et il sortait souvent du liquide par le nez; depuis qu'ils existent, cet inconvénient a disparu. Il nous paraît digne de remarque que M. Maisonneuve avait observé le même phénomène sur le jeune homme qui fait le sujet de l'observation précédente, lorsqu'il avait l'appareil fait par M. de Villemur, et que ce chirurgien y a remédié par le même moyen, c'est-à-dire en faisant des trous à l'appareil.

Prononciation. — La prononciation est très-bonne sous tous les rapports; elle se fait sans aucune difficulté ni aucun effort; il serait impossible, en entendant parler le malade, de soupçonner la lésion. Le sujet dit même qu'à cause du soin qu'il met à bien prononcer, sa prononciation est meilleure qu'avant l'opération. Il peut siffler, souffler : la succion est possible.

Mastication. — Il commence par mâcher à droite; mais, quand les aliments sont divisés, le côté gauche concourt pour sa part à compléter la mastication. Il parvient même à mâcher vite et complétement, ce qui est important pour lui, car il ne lui est accordé que peu de temps pour faire ses repas.

La déglutition se fait bien, et les liquides ne reviennent jamais par le nez.

Nous pourrions produire des faits plus nombreux de restauration du maxillaire supérieur, car il est peu de nos illustrations chirurgicales qui n'aient eu occasion d'avoir recours au talent de M. Preterre; ceux que nous venons de fournir suffisent pour donner la preuve de l'utilité de l'emploi de ces appareils mécaniques D'ailleurs, nous n'avons encore rempli que la moitié de notre tâche, et ce qui nous reste à dire de la restauration mécanique de la mâchoire inférieure donnera l'idée qu'on peut se faire de l'étendue des ressources de la prothèse. Avant même d'aborder ce sujet, et comme appendice, il nous reste à produire une tentative de restauration qui a trait aux déformations que la voûte palatine et l'arcade dentaire supérieure subissent à la suite de l'enlèvement du corps de la mâchoire inférieure. Voici le fait :

Obs. *Destruction du maxillaire inférieur et du menton par un éclat d'obus. — Emploi d'un appareil contentif destiné à prévenir le rapprochement des deux côtés de l'arcade dentaire supérieure.* — Pinchard, caporal dans un de nos régiments de ligne, pendant la campagne d'Italie fut blessé par un éclat d'obus qui lui brisa le maxillaire inférieur et déchira les téguments qui le recouvrent. Les fragments osseux enlevés, on pratiqua des points de suture aux parties molles, de façon à rétablir le plancher buccal le plus complétement possible. On parvint seulement à former une sorte de gouttière perdue dans la barbe, et par laquelle s'écoulait la salive en grande abondance, ainsi que le montre la figure 17. Lorsque cet homme arriva au Val-de-Grâce, dans le service de M. le professeur Legouest, M. Preterre voulut parer à sa mutilation; mais avant de tenter aucun essai de restauration du maxillaire inférieur, il crut devoir fabriquer un appareil contentif destiné à s'opposer au rapprochement des arcades dentaires.

La figure 18, qui représente cet appareil en place, C, fait voir, en même temps, la déviation qu'avaient subie ces parties de l'arcade dentaire, surtout celle du côté droit. Cette déformation était le résultat du jeu de la lèvre supérieure restée intacte, et nous avons vu dans le cas de Vernez, figure 3, p. 40, que cette

action constrictive des parties mobiles pouvait aller jusqu'à amener les dents molaires opposées presque au contact.



Fig. 17.

Ce premier acte de restauration accompli, M. Preterre songeait au modèle qu'il créerait pour remplacer le maxillaire inférieur détruit, lorsque Pinchard

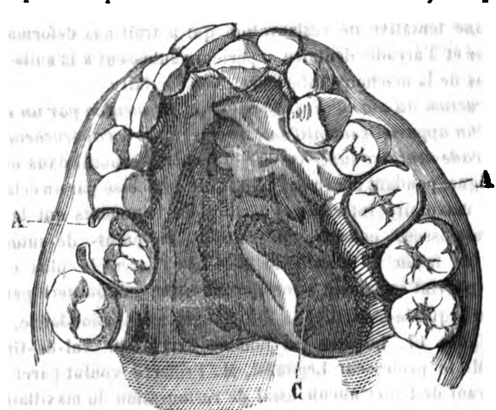


Fig. 18.

fut mis à la retraite et dut quitter l'hôpital. Depuis, il a été perdu de vue.

Nous donnerons plus tard les résultats d'un essai complet tenté chez un autre militaire atteint d'une mutilation semblable.

Si nos lecteurs veulent bien se rappeler maintenant ce que nous leur avons

dit des obturateurs à voile mobile destinés à parer aux divisions congénitales de la voûte et du voile du palais, ils auront une idée complète des ressources de la prothèse en face des mutilations des maxillaires supérieurs.

L'assemblée générale de l'Association des médecins de la France a eu lieu le 26 octobre, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, sous la présidence de M. Rayer, assisté des membres de la Commission générale et du bureau de la Société centrale. La réunion était des plus nombreuses et la plupart des présidents des sociétés des départements y assistaient. M. le président a ouvert la séance par un discours qui a été accueilli par de chaleureux applaudissements. On a entendu ensuite la lecture du compte rendu de la commission centrale par M. Legouest récemment élu secrétaire en remplacement du regrettable Ludger-Lallemant, à la mémoire duquel il a payé un légitime tribut de regrets. Enfin M. Am. Latour a lu le compte rendu général de l'œuvre, qui n'a pas duré moins d'une heure et demie et a obtenu, comme toujours, les suffrages de l'assemblée. Dans la seconde séance l'agent comptable, M. Chailloux, a présenté l'exposé de la situation financière de l'Association qui est en très-bon état, puisque nous voyons qu'il reste en caisse plus de 200,000 francs, quoique tous les secours demandés aient été accordés. M. Devenne a ensuite présenté le rapport par la question du service médical dans les sociétés de secours mutuels, et M. Paul Andral a traité de la question de l'exercice illégal de la médecine, enfin M. Gallard celle non moins importante de l'exercice simultané de la pharmacie et de la médecine. Tous ces documents paraîtront dans *l'Annuaire*, dont l'assemblée a voté l'impression. — Le dimanche soir, les salons du grand hôtel du boulevard des Capucines réunissait près de 250 convives, qui se sont séparés seulement à une heure avancée de la nuit, heureux de retrouver d'anciens condisciples perdus de vue depuis longtemps, et avec lesquels on a passé les joyeuses années des études.

Le comité consultatif d'hygiène et du service médical des hôpitaux a tenu sa première séance, le 16 de ce mois, au ministère de l'intérieur, sous la présidence du ministre, son président, assisté de M. le préfet de la Seine, de M. Dumas et de M. Rayer, vice-présidents. Le comité était au complet.

D'après l'honorable rédacteur en chef de l'*Union*, « M. le ministre aurait ouvert la séance, et, après avoir fait donner lecture du décret d'institution du comité, il aurait dit en substance : que l'Empereur s'était ému des faits qui avaient été avancés dans la discussion qui avait eu lieu à l'Académie de médecine, sur l'hygiène des hôpitaux ; que, dans sa sollicitude pour les classes pauvres, il avait créé un comité d'hygiène, afin de rechercher s'il y avait lieu d'introduire des améliorations dans les établissements hospitaliers de France. Que le comité était appelé à s'occuper de questions très-générales, exigeant de longues études, telles que celle relative à la mortalité de nos hôpitaux, comparée à celle des autres hôpitaux de France, et même avec celle de l'étranger ; de la préférence à donner à la construction de petits hôpitaux ; des meilleurs systèmes de ventilation, de chauffage, etc. ; mais, qu'en dehors de ces grandes questions dont la solution pourrait exiger de longs délais, le comité devrait rechercher tout d'abord ce qu'il y aurait à faire quant à présent ; qu'au surplus le ministre saisirait prochainement le comité de ces diverses questions.

« Une discussion du plus haut intérêt se serait alors engagée dans le sein du comité sur ses travaux, discussion à laquelle auraient pris part le ministre, le

préfet de la Seine, MM. Dumas et Rayer. MM. Husson, Malgaigne, le général Morin et plusieurs autres membres auraient fourni des documents importants.

« A l'occasion de l'installation du comité nouveau, dont les membres sont tous des hommes considérables dans la science ou dans la pratique médicale, nous rappellerons à MM. les médecins et les chirurgiens des hôpitaux de Paris ou de la province que l'article 4 du décret est ainsi conçu : « Pourront être appelés à titre consultatif, aux délibérations du comité, les médecins et chirurgiens qui auront proposé des améliorations dans l'hôpital auquel ils sont attachés. »

« La porte leur est donc largement ouverte. Il leur appartient d'intervenir et de prêter une aide efficace à l'administration de l'Assistance publique, afin de concourir avec elle à toutes les améliorations qui pourraient être introduites dans nos établissements hospitaliers. S'ils s'abstenaient, ils montreraient alors une indifférence blâmable. Ils perdraient aussi le droit de faire peser à l'avenir sur l'administration une partie des insuccès de la pratique. »

Nous nous réjouissons de voir enfin cette grande et utile question abordée par des hommes compétents, et nous ne doutons pas que, puisque M. le ministre en comprend si bien la haute portée, la commission instituée au ministère de l'intérieur n'arrive à une solution, quelle qu'elle soit, de tous ces problèmes si longtemps débattus à l'Académie de médecine, et qui, depuis Tenon, étaient constamment à l'ordre du jour.

Les membres du jury pour le concours de l'internat sont : MM. Jaccoud, Lorain, Michon, Fremy, Richet. Suppléants : MM. Woillez et Chassaignac.

Le jury du concours pour les prix à décerner aux internes des hôpitaux se compose de : MM. Bernutz, Pelletan, Oulmont, Ad. Richard et Demarquay, juges. MM. Taucarel-Mauriac et Jamain, suppléants.

Les juges du concours pour l'externat sont : MM. Archambault, Parrot, Vidal, Dolbeau, Trélat. Suppléants : MM. Mollard et Guillon.

Un concours pour deux places de médecins de l'Hôtel-Dieu de Lyon doit s'ouvrir le 23 mars 1863. Les médecins nommés remplissent les fonctions de suppléants jusqu'à ce qu'ils succèdent, par rang de nomination, aux médecins titulaires dont le service a une durée de dix années. Pendant leur temps de suppléance, ils sont tenus de prendre le service, soit à l'Hôtel-Dieu, soit à l'hôpital de la Croix-Rousse, soit à l'hospice de la Charité.

Le jury du concours pour l'internat de Lyon, qui s'est ouvert le 27 courant, est composé de MM. Desgranges, Berne, Rollet, Socquet, Verney, Bonnaric, Chatin.

L'administration des hôpitaux et hospices de Toulouse donne l'avis qu'un concours sera ouvert à l'Hôtel-Dieu le 24 novembre prochain, pour deux places d'élèves internes de ces établissements.

Le prix Laserre, institué en faveur de celui des élèves de l'Ecole de médecine de Toulouse qui, après avoir étudié trois années consécutives dans cette Ecole, aura le mieux répondu à ses examinateurs, sera décerné cette année à M. Deussans, de Mariac (Gers).

Sir Benjamin Collins Brodie, premier chirurgien de la reine d'Angleterre, membre de la Société royale, correspondant de l'Institut de France et de l'Académie de médecine de Paris, vient de mourir dans le comté de Surrey, à un âge très-avancé, comblé d'honneurs et de richesses. C'est sur le conseil de ce célèbre chirurgien que le roi des Belges s'est confié récemment aux soins de M. Civiale. Nous citons ce fait à l'honneur de la mémoire de Brodie.

Le dernier courrier du Levant vient d'apporter la triste nouvelle de la mort d'un jeune médecin que l'amour de la science avait conduit à explorer l'Egypte et l'Orient. M. le docteur Ernest Godard a succombé le 21 septembre dernier à Jaffa, emportant les regrets des nombreux amis qu'il comptait à Paris. Ancien interne distingué des hôpitaux, membre des plus zélés des Sociétés anatomique et biologique, l'un des fondateurs de la Société d'anthropologie, il avait apporté un large tribut de communications intéressantes et originales aux Sociétés qui l'avaient associé à leurs travaux.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du traitement de la pneumonie par l'acétate de plomb à haute dose.

Par M. E. Leudet, professeur de clinique médicale à l'École de médecine de Rouen.

Depuis vingt ans il est peu de maladies dont la thérapeutique ait été plus étudiée que celle de la pneumonie : après avoir vu revivre avec l'école dite physiologique la méthode exclusive des émissions sanguines, nous avons vu les saignées faire place à l'émétique, et enfin peu à peu le nombre et l'activité des agents thérapeutiques employés diminuer dans la phlegmasie du poumon. C'est surtout l'homœopathie qui a été l'occasion de ce revirement d'opinion dans la thérapeutique de la pneumonie : les succès obtenus par la médication dite homœopathique engagèrent à étudier la marche naturelle de la pneumonie ; aussi les mémoires de Dietl surtout, suivis en France des travaux de Duhamel, Legendre, E. Barthez, Laboulbène, etc., tout en montrant le peu d'importance et le peu d'utilité de l'homœopathie, eurent-ils le grand mérite de permettre de connaître la marche, la durée et surtout la grande fréquence de la terminaison heureuse de la pneumonie abandonnée à elle-même.

Aujourd'hui la pneumonie n'est plus regardée comme une maladie dans laquelle l'indication des émissions sanguines soit toujours et quand même admissible ; cette réaction contre la médication antiphlogistique a été telle dans ces derniers temps, que Magnus Huss (*Lungen entzundung*, p. 158, 1861) écrivait récemment que l'emploi des saignées élève le chiffre de la mortalité de plus de 1 et 1/2 pour 100 ; opinion qui n'est pas à beaucoup près une assertion, car elle s'appuie sur dix années d'expérience et l'analyse de plus de 3,000 observations. Cette même opposition aux émissions sanguines est générale en Allemagne ; en Angleterre, elle n'est pas moins grande, et il me suffit de rappeler ici les travaux de Todd ; c'est à peine si quelques médecins osent encore élever la voix, et dire, comme Walshe, qu'il est à craindre que nous n'apprenions bientôt à nos dépens les inconvénients de l'absence systématique des émissions sanguines, après avoir antérieurement appris les dangers de l'exagération de leur emploi.

Une entrée en matière de cette nature pourra paraître au moins très-singulière, quand il s'agit de l'étude d'un médicament jusqu'ici peu employé dans la pneumonie. Cependant la certitude que nous avons aujourd'hui de la possibilité, de la fréquence même de la

terminaison heureuse de la pneumonie abandonnée à elle-même, ne justifie pas une expectation systématique, pas plus qu'elle n'exclut l'étude de nouveaux médicaments applicables pour rendre cette terminaison plus sûrement favorable, abréger la durée de la maladie, en éloigner ou combattre les complications.

L'acétate neutre de plomb n'est pas un médicament nouvellement administré à l'intérieur : en France comme à l'étranger, il fait partie de la thérapeutique de la diarrhée et de la dyssenterie ; dans les hématuries, il a trouvé un partisan déclaré dans Golding Bird, et est généralement prescrit en Allemagne ainsi qu'en Angleterre dans beaucoup d'hémorrhagies. Dans l'hypertrophie du cœur et dans les anévrysmes, l'acétate de plomb a été surtout employé à l'étranger, il l'a été en France par Brachet.

L'acétate neutre de plomb vanté par Ritscher dans le traitement de la pneumonie était tombé dans un long oubli ; dans ces dernières années, les recherches de Burkhardt, de Strohl ont attiré de nouveau l'attention sur ce médicament.

Témoin en Allemagne de l'emploi beaucoup plus général que parmi nous de ce sel de plomb, j'ai voulu en étudier moi-même les effets, convaincu qu'une pratique aussi répandue devait avoir sinon tous, au moins quelques-uns des avantages préconisés. C'est dans ce but que je me suis occupé du traitement de la pneumonie par l'acétate neutre de plomb.

L'étude de cette médication a été suivie par moi pendant trois ans, à diverses époques de l'année, par conséquent dans des constitutions médicales diverses ; tous les cas de pneumonies indistinctement n'ont pas été soumis au traitement par le plomb. N'ayant pas du médicament une connaissance suffisante, je me suis abstenu d'y avoir recours dans la broncho-pneumonie, comme dans celle accompagnée de phénomènes catarrhaux intenses ; au contraire, je n'ai pas hésité à y recourir dans des phlegmasies pulmonaires offrant une grande élévation du pouls et de la chaleur.

Conformément aux habitudes des thérapeutistes, il faut noter sur quelle variété d'individus cette méthode de traitement a été expérimentée. Les malades de notre service hospitalier n'offrent pas en général un degré élevé de force musculaire ; leur constitution est surtout celle que l'on nomme lymphatique; beaucoup étant occupés aux travaux industriels, filatures de coton, tissage, etc., la chlorose est loin d'être rare chez l'homme, et chez la femme elle se rencontre encore plus fréquemment, seule ou avec l'hystérie. Si l'on ajoute que les excès alcooliques sont fréquents chez les individus des deux sexes,

on comprendra que la constitution de notre population ouvrière est débile et n'offre pas beaucoup de ressources eu égard aux effets de la médication antiphlogistique. J'aurai, du reste, l'occasion de revenir dans un travail plus étendu sur ces caractères communs de la santé des ouvriers de la ville de Rouen, et sur les conséquences qui en résultent relativement à la forme, à la terminaison des maladies et surtout aux indications thérapeutiques.

Le traitement par l'acétate neutre de plomb a donc été employé chez des individus d'une constitution peu robuste, dans un climat tempéré, dans une localité où la pluie est fréquente.

On aurait tort de généraliser d'un pays à l'autre l'emploi d'un médicament quelconque, sans avoir la précaution de tenir soigneusement compte des conditions climatériques ou de la constitution des individus. Cela est surtout applicable à la thérapeutique de la pneumonie en usage dans le Nord ou dans le Sud.

Quarante malades atteints de pneumonie ont été soumis par moi au traitement par l'acétate de plomb : de ces 40 malades, 37 guérirent et 3 succombèrent ; l'âge moyen de ces individus était de trente-six ans et demi ; des 3 qui succombèrent, l'un était âgé de cinquante-six ans, l'autre de cinquante-sept ; le troisième, âgé de trente-sept ans, avait été traité antérieurement par le tartre stibié à haute dose, et ne fut qu'ultérieurement soumis au traitement par l'acétate de plomb ; chez lui, la mort fut occasionnée par des accidents de pharyngite et de stomatite, que je crois pouvoir rapporter à l'émétique. Ce résultat statistique se rapproche assez des chiffres de Dietl qui, par l'expectation simple, a eu une mortalité de 7,4 et 8,17 pour 100. Un des résultats les plus favorables est celui de M. Lebert, qui, sur 222 cas de pneumonie, n'a eu qu'une mortalité de 5 pour 100. Ces données statistiques de la mortalité dans la pneumonie diffèrent du reste beaucoup : ainsi, la mortalité est pour Kirsch, de 12,84 pour 100 ; pour Hammanjk, de 18,2 pour 100 ; pour Bamberger, de 18,94 pour 100 ; pour Griesinger, 16 pour 100 ; pour Pfeufer, 16 pour 100 ; pour Rigler, 16 pour 100. Enfin, à l'hôpital général de Vienne, la mortalité aurait varié dans les diverses années : en 1856, elle a été de 28,33 pour 100 ; en 1857, de 23,56 pour 100 ; en 1858, de 23,77 pour 100. Grisolle (Traité de la pneumonie, p. 601) a trouvé que le chiffre de la mortalité des pneumonies traitées par les saignées seules a été de 32 morts sur 182 malades. Par l'émétique seul (*Ibid*, p. 628), le même auteur a perdu 6 malades sur 44, et par les saignées et l'émétique combinés, 10 malades sur 80.

Le résultat général du traitement de la pneumonie par l'acétate

de plomb a donc été favorable, puisque la mortalité n'a pas été de plus de 7 pour 100, chiffre très-avantageux et que ne m'a donné aucune autre médication.

Ce résultat favorable ne dépend pas de conditions propres à la pneumonie elle-même, c'est-à-dire qu'elle n'était pas d'une étendue très-limitée, ou n'existait pas chez des individus jeunes : l'âge moyen était, ai-je dit, de trente-six ans et demi. Parmi mes malades, 5 avaient de seize à vingt ans; 12 de vingt et un à trente ans; 6 de trente et un à quarante ans ; 6 de quarante et un à cinquante ans ; 8 de cinquante et un à soixante ans ; 2 au-dessus de soixante et un ans : c'étaient donc des pneumonies chez des adultes. Sur 40 malades, 31 étaient des hommes, 9 des femmes, circonstance favorable, puisque les statistiques étendues ont démontré, comme celle de Huss par exemple, que la pneumonie était moins souvent mortelle chez l'homme que chez la femme. La pneumonie était bornée à un seul côté dans 39 cas sur 40 ; une seule fois, elle était double. Sur les 39 pneumonies unilatérales, l'inflammation occupait la base dans 23 cas, le sommet dans 10 cas, la partie moyenne dans 1 cas, tout un côté dans 5 cas.

L'inflammation du poumon se présentait donc dans ses conditions habituelles.

Des doses d'acétate neutre de plomb employées. — Les doses d'acétate neutre de plomb prescrites dans les vingt-quatre heures ont été très-variables, le minimum étant de 0gr,10, le maximum de 0gr,80. La quantité totale du sel de plomb administrée dans le cours de la maladie a varié, chez les différents sujets, de 0gr,50 à 5gr,20, la quantité moyenne, pour toute la durée du traitement, étant donc de 2gr,40. La quantité moyenne a été le plus souvent de 2 à 4 grammes; ainsi la quantité de sel employée a été au-dessous de 1 gramme dans 7 cas ; de 1 à 2 grammes dans 16 cas; de 2 à 3 grammes dans 8 cas ; de 3 à 4 grammes dans 5 cas; de 4gr,10 dans 1 cas ; de 5gr,2 dans un seul cas. La durée de l'administration du médicament a varié depuis un jusqu'à quinze jours, la durée moyenne du traitement par le sel de plomb étant de six jours. La forme pilulaire a été exclusivement employée.

Effets physiologiques de l'acétate neutre de plomb. — Strohl et les autres médecins qui ont eu recours à l'acétate de plomb dans la pneumonie, n'ont jamais observé de signes de saturation ou d'intoxication saturnine; je n'ai pas eu plus qu'eux d'accidents à déplorer. Dans aucun cas, chez mes malades, je n'ai vu apparaître de liséré saturnin du collet des dents et du bord gingival

correspondant. Par contre, j'ai eu l'occasion, chez deux femmes, l'une atteinte de métrorrhagie par suite de corps fibreux, l'autre de cyanose par communication des deux cavités opposées du cœur, d'observer, à la suite de l'administration de doses modérées d'acétate de plomb, les signes d'une intoxication saturnine marquée, caractérisée par la colique avec constipation et le liséré pathognomonique du bord des gencives. Chez la seconde de ces deux malades, j'obtins ce résultat, que les symptômes de cyanose disparurent pendant l'intoxication saturnine, pour reparaître quand cette dernière eut cessé.

Il semble donc, en voyant les malades de Strohl, comme les miens, réfractaires à l'action toxique du sel de plomb, que la pneumonie ne place pas les malades dans des conditions d'absorption semblables à celles de l'état sain, ou des hémorrhagies et des flux. Cette supposition est rendue plus probable encore, quand on se souvient des résultats de Briquet dans son étude des absorptions médicamenteuses dans les maladies. J'avais, à l'époque de la publication du travail de Briquet, commencé des recherches pour élucider la même question ; les quelques expériences faites par moi m'avaient conduit aux mêmes résultats ; aussi les ai-je interrompues depuis. Ce qui demeure évident pour moi, c'est que l'absorption dans l'état morbide exige des recherches, non-seulement dans chaque maladie, mais encore pour chaque médicament. Les belles expériences de Cl. Bernard sur les absorptions électives rendent encore nécessaire la recherche du médicament absorbé et parvenu dans chaque organe. Comprenant tous les desiderata de la science actuelle dans cette grande question des absorptions dans l'état morbide, j'ai prié mon collègue et ami M. Houzeau, professeur de chimie à l'Ecole des sciences de Rouen, de vouloir bien faire l'analyse de plusieurs organes chez un de mes malades décédé ; malheureusement les analyses ne sont pas encore assez avancées pour permettre de juger du résultat, que je ferai connaître en temps et lieu.

Un des effets physiologiques les plus généralement attribués à l'acétate neutre de plomb est de produire la constipation ; c'est même sur cet effet physiologique qu'est basé l'emploi de cet agent thérapeutique dans le catarrhe intestinal et dans la dyssenterie ; et cependant, chez mes malades pneumoniques soumis au traitement par ce sel de plomb, dans plus de la moitié des cas, j'ai observé la diarrhée ; ce flux intestinal survenait en général au début du traitement, car sur 10 cas où l'état de l'intestin a été soigneusement noté, 6 malades eurent de la diarrhée le deuxième jour du traitement, 2 le

troisième jour, 6 le quatrième jour. Cette diarrhée survenait de préférence chez les malades auxquels était administrée une dose élevée du médicament ; ainsi 16 sur 35 malades qui prirent de 0gr,4 à 0gr,6 d'acétate de plomb par jour, eurent de la diarrhée, tandis que sur 4 malades chez lesquels la dose du médicament ne fut pas portée au-dessus de 0gr,3, aucun n'eut la diarrhée.

Le flux intestinal était en général modéré, 4-6 selles dans les vingt-quatre heures ; dans quelques cas exceptionnels, les selles furent même involontaires ; mais jamais la diarrhée ne présenta de dangers, toujours elle s'arrêta d'elle-même, à mesure que l'on diminua les doses du médicament ; dans aucun cas, elle ne s'accompagna de coliques ou de sensibilité du ventre spontanée ou provoquée par la pression.

La diarrhée ne dépendait pas de causes étrangères à la médication : ainsi le génie épidémique ou la constitution régnante n'ont pas été la cause de cette diarrhée, car elle s'est rencontrée indifféremment pendant trois années consécutives, et, de plus, elle n'exista pas chez les pneumoniques traités par une autre méthode. La diarrhée ne paraît pas non plus devoir être rangée au nombre des phénomènes critiques, car elle survint à des jours très-différents de la maladie : sur 12 cas en effet elle apparut 2 fois au deuxième jour de la maladie, 1 fois au troisième jour, 2 fois au quatrième jour, 2 fois au cinquième jour, 4 fois au sixième jour, 1 fois au septième jour. Ce qui tendrait encore à démontrer que la diarrhée n'est pas un phénomène critique, c'est que sur 9 cas où sa coïncidence avec l'apparition des phénomènes de résolution a pu être étudiée, 4 fois elle coïncida avec les phénomènes de résolution, 5 fois elle précéda cette même période de résolution. Tout me porte donc à croire que la diarrhée n'est pas un phénomène critique, mais une conséquence des hautes doses de l'acétate de plomb.

Durée des pneumonies traitées par l'acétate neutre de plomb. — La pneumonie traitée par l'acétate de plomb se termine en général assez tôt : quand le traitement fut commencé dans les quatre premiers jours de la maladie, la guérison fut obtenue, dans 13 cas sur 37, avant le douzième jour; et quand le traitement fut commencé du quatrième au huitième jour, la guérison fut obtenue en moyenne le quinzième jour.

La durée moyenne de la pneumonie traitée par l'acétate de plomb est, en comprenant tous les cas, de douze jours et demi. Ce chiffre est le même pour 20 pneumonies bénignes abandonnées à elles-mêmes et observées par moi, dans mon service, depuis

huit années. La durée moyenne de 25 pneumonies traitées par les saignées seules avait été de treize jours. Celle de 116 pneumonies traitées par les saignées générales ou locales et ensuite par l'émétique à haute dose avait été de treize jours également, tandis que la durée moyenne de 25 cas de pneumonie traités par l'émétique à haute dose seulement avait été de treize jours et demi. Ainsi, sur ces 223 cas de pneumonie dont j'ai recueilli l'histoire, c'est le traitement par l'acétate de plomb qui a donné la durée moyenne de la maladie la moins longue. J'ai fixé, dans tous ces cas, la terminaison de la pneumonie au jour où les malades ont commencé à manger des aliments solides, c'est-à-dire ont mangé une portion d'aliments des hôpitaux.

Nous constatons donc ces deux premiers résultats : c'est que, sous l'influence de l'acétate neutre de plomb, la pneumonie se termine souvent par la guérison et fréquemment dans un temps assez court.

Modification des symptômes de la pneumonie traitée par l'acétate neutre de plomb. — L'accélération du pouls n'était pas en général très-considérable chez la plupart de mes malades. Ainsi, dans huit cas, le nombre des pulsations était au-dessus de cent vingt et à cent vingt; dans quatorze cas, il variait de cent à cent dix. La diminution du nombre des pulsations survenait dans plus de la moitié des cas après le premier jour de la médication saturnine. Ainsi, cette diminution du pouls a eu lieu après le premier jour de la médication dans dix-sept cas sur vingt-neuf, et dans six cas sur vingt-neuf après le dernier jour du traitement; dans quatre cas, dont un mortel, le nombre des pulsations s'éleva après les deux premiers jours de l'administration du sel de plomb, pour diminuer ensuite.

L'abaissement du nombre des pulsations se produit à peu près avec une égale rapidité, que le sel de plomb soit administré le deuxième ou quatrième jour de la pneumonie.

La chute du pouls est souvent très-marquée ; ainsi, elle est en moyenne de dix-huit pulsations après le premier et le deuxième jour du traitement, le nombre maximum de l'abaissement du pouls étant de trente-huit. La diminution du nombre des pulsations se fait quelquefois d'une manière rapide : ainsi, en général, dès le quatrième jour de l'emploi de l'acétate de plomb, le pouls était descendu à soixante-dix, soixante, et même cinquante et quarante pulsations. Le ralentissement anormal du pouls m'a paru plus fréquent après cette médication qu'après toute autre; le seul médicament que je pourrais rapprocher du sel saturnin sous le rapport de cet effet, est le tartre stibié à haute dose.

Il est rare de voir le point de côté céder sous l'influence de l'acétate de plomb : dans plus du tiers des cas, j'ai été obligé d'avoir recours à des émissions sanguines locales, moyen qui a une action beaucoup plus grande que tout autre agent thérapeutique pour enlever ce symptôme souvent très-incommode de la pneumonie.

La dyspnée m'a semblé suivre une marche parallèle à celle de la fièvre. Cependant, ayant négligé dans beaucoup de cas de noter journellement le nombre des mouvements respiratoires, je ne saurais entrer à cet égard dans aucune étude statistique.

La coloration caractéristique des crachats a été étudiée avec soin dans vingt-sept cas seulement ; j'ai dû éliminer un certain nombre d'observations qui manquaient de détails suffisants. La durée moyenne des crachats pneumoniques jusqu'au jour où ils reprirent leur couleur normale fut de sept jours et demi, cette décoloration étant complète, dans vingt cas sur vingt-sept, du sixième au neuvième jour de la maladie. En comparant ce résultat avec ceux obtenus par les auteurs au moyen d'autres méthodes thérapeutiques, nous trouvons que, suivant Grisolle (*Traité de la pneumonie*, p. 606), la cessation des crachats caractéristiques chez les malades soignés avant le cinquième jour de la pneumonie arrive, terme moyen, le septième jour, tandis que chez les malades soignés plus tard elle n'arrive, terme moyen, que le neuvième jour. C'est à la méthode contro-stimulante que reste, sous le rapport de la rapidité de la décoloration des crachats, l'influence la plus marquée, puisque Grisolle (*loc. cit.*, p. 633) a constaté que, chez un tiers des malades, les crachats étaient plus ou moins décolorés un jour après le commencement du traitement stibié.

L'acétate neutre de plomb, commencé dans les quatre premiers jours de la maladie, amène la décoloration des crachats au septième jour un quart de la pneumonie en moyenne (sur quatorze cas), tandis que cette décoloration n'est obtenue qu'au huitième jour un quart de la pneumonie en moyenne (sur treize cas), quand le traitement saturnin a été commencé du cinquième jour au huitième de la maladie inclusivement.

La décoloration des crachats caractéristiques de la pneumonie n'est pas longue à se produire ; mais il est plus rare de la voir s'effectuer dans les trois premiers jours de la médication saturnine, comme cela a lieu assez souvent après l'emploi de l'émétique à haute dose.

Dans la moitié des cas de pneumonie traités par l'acétate neutre de plomb, l'apparition des phénomènes de résolution, c'est-à-dire du râle crépitant de retour, se manifeste après le premier jour du

traitement saturnin. Dans neuf cas sur trente, la pneumonie s'arrête d'abord, il y a un état stationnaire dans les symptômes sthétoscopiques, puis la résolution se manifeste : cet état stationnaire peut durer deux ou trois jours ; dans un seul cas, je l'ai vu durer trois jours. Dans des cas plus exceptionnels encore, la phlegmasie pulmonaire peut continuer à s'étendre après le début du traitement saturnin ; j'ai observé cette progression dans six cas sur trente, c'est-à-dire dans un cinquième des cas. Conformément à ce que l'on observe dans des pneumonies traitées par d'autres méthodes, cette extension n'est souvent que momentanée : elle ne dura en effet que un jour dans cinq cas, et une seule fois deux jours ; puis l'extension s'arrêta, la pneumonie pouvant demeurer un jour stationnaire ou entrer immédiatement en résolution.

En recherchant si cette résolution immédiate dépendait de l'activité du traitement ou de quelques conditions inhérentes à la phlegmasie pulmonaire, j'ai cru constater que les pneumonies dont la résolution était aussi immédiate étaient les moins étendues et parvenues du quatrième au sixième jour.

Une fois manifestée, la résolution de la pneumonie traitée par l'acétate de plomb est, en moyenne, achevée au onzième jour et demi de la maladie. Cette résolution s'achève un peu plus vite, quand le traitement est commencé dans les cinq premiers jours de la maladie ; dans ce cas, elle est achevée en général du huitième au onzième jour, tandis que cette résolution n'est complète que du douzième au quatorzième jour, quand le traitement saturnin est commencé du sixième au huitième jour de la pneumonie.

Une circonstance accessoire influe en général sur l'achèvement plus ou moins rapide de la résolution : cette rapidité est le plus souvent en raison inverse de l'âge des malades.

Le travail de résolution de la pneumonie une fois commencé, il est inutile de continuer le traitement saturnin plus d'un ou deux jours ; l'administration prolongée du médicament n'accélère en rien la guérison. Dans deux cas, j'ai observé une récidive de la pneumonie, une fois dans la convalescence de la pneumonie primitive, une autre fois alors que le sel de plomb n'avait pas encore été suspendu. Ces recrudescences, ces récidives de la pneumonie s'observent du reste dans les cas traités par la méthode antiphlogistique, comme par la méthode contro-stimulante.

Valeur des doses élevées d'acétate neutre de plomb dans le traitement de la pneumonie. — Les doses de médicament que je conseille d'adopter dès le début sont de 40 à 60 centigrammes par jour.

Ces doses ont l'avantage de produire un abaissement plus rapide et plus persistant du pouls; elles ont également celui d'amener plus rapidement l'apparition de la résolution.

La convalescence à la suite du traitement de la pneumonie par l'acétate neutre de plomb se montre très-vite, et l'appétit est déjà développé quand la fièvre a disparu, sans que la résolution du poumon soit même avancée. Les forces reprennent avec une égale rapidité leur degré primitif.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la traction continue pour le redressement des ankyloses.

Par M. le docteur Delore, professeur à l'Ecole de médecine de Lyon.

Le redressement brusque appliqué aux ankyloses a été, ces temps derniers, l'objet d'attaques de la part de chirurgiens expérimentés, qui ont eu à lui reprocher un certain nombre d'insuccès ou d'accidents. Je ne nie point que des mouvements brusques et violents ne puissent réveiller une inflammation endormie et donner naissance à des abcès. Toutefois, je crois que ces faits doivent être extrêmement rares, et qu'il ne faut point toujours attribuer la recrudescence du mal à une méthode qui peut en être complétement innocente. Ne voit-on pas dans le cours du traitement d'une tumeur blanche, la jointure s'enflammer et suppurer même au moment où l'on se flattait d'obtenir un succès? Dans le cours de la pratique de M. Bonnet et dans la mienne, j'ai vu survenir des abcès longtemps après un redressement. Dans un cas de coxalgie, par exemple, six mois s'étaient écoulés, et dans un autre, une année tout entière. Depuis que la hanche avait été placée en position rectiligne, et dans l'intervalle qui avait séparé la formation de l'abcès, on avait obtenu une remarquable amélioration.

Cependant, lorsque les tractions continues sont possibles; lorsque la résistance musculaire, ou fibreuse, d'une jointure fléchie peut être vaincue par elles, il est, je crois, préférable d'abandonner le redressement brusque et de donner la préférence aux tractions continues. Grâce à l'élasticité du caoutchouc, augmentée par des leviers habilement disposés, on peut triompher de la plupart des obstacles. Ce système peut être appliqué à toutes les jointures. C'est M. Blanc, habile mécanicien de Lyon, qui a eu le mérite de fabriquer le premier d'ingénieux instruments pour remplir toutes les indications

désirables. J'ai eu, pour mon compte, à me louer fréquemment de leur application, et, entre autres, dans les faits suivants, dont je ne donnerai qu'une observation sommaire.

Obs. I. — J. G***, âgée de dix ans, se fait une fracture oblique de la partie moyenne du radius. Dans le courant du traitement, une inflammation profonde se développa à la partie moyenne et antérieure de l'avant-bras, et détermina des adhérences profondes; les doigts et la main restèrent ensuite fléchis, sans qu'on y prît garde tout d'abord. Après quarante jours, on chercha vainement à obtenir le redressement : les cris et les souffrances de la malade y mirent toujours obstacle. La douleur était rapportée à la partie moyenne de l'avant-bras. Il y avait eu évidemment rétraction musculaire, à la suite d'inflammation des muscles fléchisseurs.

Quatre mois après l'accident, le 4 février 1862, ayant constaté que tous les efforts tentés étaient infructueux, je fis l'application de l'appareil de M. Blanc pour le redressement du poignet; il fonctionna parfaitement, malgré la pusillanimité de notre petite malade, et, au bout de trois semaines, nous avions obtenu une rectitude complète, tandis qu'auparavant la main était fléchie à angle droit sur l'avant-bras, et que l'extension ne pouvait être obtenue qu'à la condition d'une flexion complète des doigts. Depuis que ce résultat a été obtenu, la main a repris ses fonctions, ce qui ne serait jamais arrivé sans doute sans l'emploi de ce moyen.

Obs. II. — Rosier, enfant de quatorze ans, m'est amené au commencement du mois d'août 1862. Il y a quarante jours, à la suite d'une chute, il se fit une lésion du coude, qui fut traitée par des rhabilleurs. Je constate tous les signes d'une luxation complète, qui a été méconnue. Il y a des mouvements à peine sensibles. J'exerce une traction de cinquante kilogrammes, et je place le membre dans la flexion à angle droit, que je maintiens au moyen d'un bandage amidonné. Au bout de huit jours, les mouvements se font dans une étendue extrêmement limitée. Lorsqu'on veut les exécuter artificiellement, les muscles du membre s'y opposent énergiquement. Nous appliquons alors l'appareil à extension continue, de M. Blanc, pour le coude. Après trois semaines de son usage, on peut facilement arriver d'un angle aigu à la situation presque rectiligne qu'occupait l'avant-bras avant la tentative de réduction, et nous acquérons la certitude de rendre au membre une partie de ses mouvements naturels, malgré la déformation persistante de l'articulation.

Obs. III. — D***, âgé de vingt-trois ans, est affecté depuis cinq ans d'une tumeur blanche du genou, mais qui est en voie de gué-

rison. Actuellement il y a encore un petit trajet fistuleux au-dessous de la rotule ; la jambe est fléchie à angle droit, et il y a une subluxation légère du tibia en arrière ; l'articulation offre un léger degré de mouvement. Application de l'appareil de M. Blanc ; redressement après un mois de traction continue, de telle sorte que la jambe décrit avec le fémur un angle très-obtus. Le même tuteur qui a servi au redressement est alors rendu inflexible, et, quelque temps après, le malade, qui depuis cinq ans marchait avec des béquilles, marche d'abord avec une canne, puis sans aucun support.

Description des appareils à redressement de M. Blanc. — L'appareil à redressement continu est essentiellement constitué par les parties suivantes :

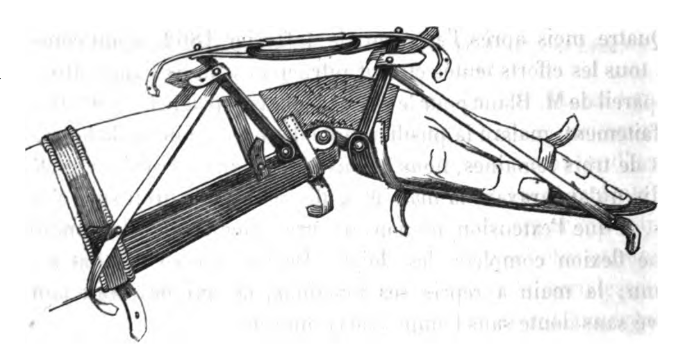


Fig. 1.

1° Un tuteur formé de tiges rigides en acier, articulées au niveau de la jointure qu'on veut redresser. Elles sont munies de courroies, ou modifiées de façon à saisir exactement les deux portions de membre sur lesquelles elles sont appliquées. Ces tiges sont placées en dedans et en dehors du membre et reliées solidement les unes avec les autres. Une sorte de genouillère prend un point d'appui solide au niveau de l'article.

2° Au-dessus et au-dessous de l'articulation sont disposées des arcs mobiles en acier. Celui qui est au-dessus de la jointure est relié avec la partie supérieure du membre ; celui qui est au-dessous, avec la partie inférieure au moyen de courroies.

3° Le sommet de la courbe de ces leviers est muni de courroies et d'anneaux de caoutchouc destinés à les rapprocher l'un de l'autre.

Le *fonctionnement* de cet appareil est facile à concevoir. La distension des anneaux de caoutchouc au moyen des courroies tend à

rapprocher les leviers d'une manière continue. Cette traction est transmise à la partie supérieure et inférieure du membre. De là production de flexion ou d'extension dans la jointure, suivant la disposition des leviers et le but qu'on désire.

Cet appareil unit à une très-grande puissance la faculté de produire des tractions parfaitement graduées, suivant les souffrances du malade, le degré de l'ankylose, et la volonté du chirurgien.

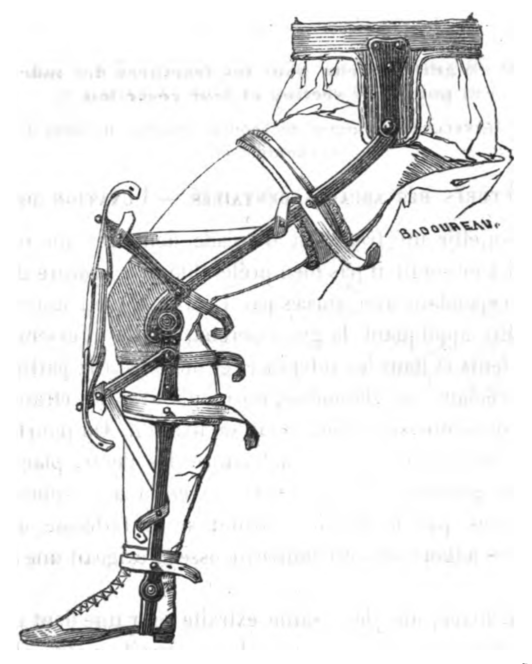


Fig. 2.

Le caoutchouc avait été employé déjà pour exercer des tractions continues par plusieurs chirurgiens, et notamment par MM. Rigal, de Gaillac, et Duchenne, de Boulogne; mais c'était uniquement dans le but de remplacer des muscles absents ou paralysés, tandis qu'il s'agit ici de redressement de jointures ankylosées, à la suite de rétractions musculaires ou ligamenteuses.

M. Mathieu m'a dit avoir employé des appareils analogues à ceux de M. Blanc pour remplir plusieurs indications chirurgicales, et avoir été témoin de bons résultats.

En résumé, ce qui caractérise les appareils de M. Blanc, c'est :

1° L'emploi de leviers courbes, qui sont à mon avis une très-

heureuse innovation, en ce sens qu'ils permettent d'appliquer la force dans le point où elle peut agir avec plus d'efficacité. Je les ai appelés des leviers; mais, en réalité, ce sont des poulies de renvoi.

2° L'usage d'anneaux de caoutchouc, qui peuvent facilement être changés dès qu'ils sont altérés, et dont le nombre et la force sont gradués à volonté.

3° Le but, qui est le redressement des ankyloses, dans les cas où les muscles ou les ligaments s'opposent à la rectitude du membre.

Appareil en gutta-percha pour les fractures des mâchoires et pour leur section et leur résection [1].

Par M. Morel-Lavallée, chirurgien de l'hôpital Beaujon, président de la Société de chirurgie, etc.

IV. — Fractures des arcades dentaires. — Luxation des dents.

Pour assujettir un fragment d'arcade dentaire, un moule en gutta-percha ne serait-il pas bien préférable à la ligature des dents, employée cependant avec succès par Ledran [2], et, après lui, par Alix [3]? En appliquant la gutta-percha, on la presserait sur le collet des dents et dans les interstices et même sur la partie rétrécie du bord alvéolaire; on obtiendrait un moule avec des étranglements intérieurs suffisants sans doute pour sa fixation. On pourrait d'ailleurs, dans ce but, recourir à la ligature des dents, placée à distance de la gencive, ou au ressort, ou enfin au rapprochement des mâchoires par la fronde, surtout si la faiblesse ou même l'absence des adhérences du lambeau osseux exigeait une complète immobilité.

Une dent luxée, une dent saine extraite pour une dent gâtée, — distraction qui n'est pas sans exemple, — serait encore plus aisée à maintenir.

V. — Section et résection des mâchoires.

Je ferai à cet égard une remarque préliminaire : la consolidation des os coupés est plus difficile que celle des os cassés; il faut donc, autant que possible, donner à la coupe de l'os le caractère de la fracture, en substituant à la scie la cisaille de Liston. C'est chose facile à la mâchoire inférieure; on pourrait même, en embrassant le bord inférieur de l'os entre les deux lames de l'instrument, et en

---

[1] Suite et fin, voir les livraisons précédentes, p. 200, 248 et 352.

[2] Ledran, *Obs. chirurg.*, t. I, obs. III.

[3] Alix, *Obs. chirurg.*, Gothenburg, 1774, obs. II.

les appliquant bien exactement dans l'interstice dentaire, ne sacrifier aucune dent. — avantage considérable.

A la mâchoire supérieure, on opérerait avec de fortes cisailles dont le tranchant s'élèverait en demi-lune, en rondache, vers l'extrémité des lames ; si d'ailleurs c'était nécessaire, on achèverait la section autrement.

Forcé de recourir à la scie, je la voudrais fine comme un ressort de montre ; elle passerait entre deux dents, sans les entamer sensiblement ou même aucunement.

La **section des mâchoires**, destinée à faciliter certaines opérations de la bouche et du pharynx, se traite comme une fracture.

L'extraction préalable de plusieurs dents peut cependant exiger quelques modifications. M. Huguier avait enlevé par son ingénieux procédé un polype naso-pharyngien. Après avoir mis le maxillaire supérieur à nu, l'avoir scié en travers par le milieu et l'avoir détaché en coupant les apophyses ptérygoïdes, il l'avait fait basculer de haut en bas et de dehors en dedans sur celui du côté opposé ; le raphé médian du palais servait pour ainsi dire de charnière. Mais lorsqu'il s'agit d'assujettir l'os en place, il se présenta de grandes difficultés : sutures, introduction d'éponges dans les fosses nasales, appareil mécanique, tout avait échoué. Je fus appelé par M. Huguier. Le maxillaire, que rien ne retenait plus en haut, retombait incessamment, et la lacune produite dans l'arcade dentaire par l'extraction de deux incisives lui enlevait tout appui ; il s'inclinait de façon à faire avec celui du côté opposé un angle ouvert en haut. Je dus neutraliser cette tendance en comblant la lacune de l'arcade dentaire avec de la gutta-percha. Je passai ensuite l'anse métallique, et je posai le moule par-dessus. Au bout de vingt jours on renouvela l'appareil. La guérison a été parfaite. M. Huguier a présenté récemment le malade et l'observation à l'Académie.

La **résection des mâchoires** offre quelques indications spéciales. A la mâchoire inférieure, si les extrémités osseuses peuvent être ramenées au contact, c'est le traitement des fractures. Si, au contraire l'étendue de la perte de substance ne leur permet pas de se rejoindre, le moule rend ici un double service, d'abord en les fixant, ensuite en les obligeant à se consolider par un cal osseux ou fibreux, selon la courbure normale du maxillaire, ce qui est d'une haute importance.

A la mâchoire supérieure, tout restant en place après la résection, l'appareil n'a point à intervenir.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Huile de chanvre indien : topique contre les douleurs rhumatismales.

Aux diverses formules d'huiles calmantes, nous venons en ajouter une nouvelle qui a donné d'excellents résultats thérapeutiques aux divers praticiens qui l'ont expérimentée. Voici son mode de préparation :

Pr.	Sommités de chanvre du Bengale contusées fortement	1 kilogramme.
	Huile de chènevis [1]	2 kilogrammes.

Entretenir un bain-marie pendant cinq ou six heures, jusqu'à ce que l'huile, prenant une coloration verdâtre foncée, témoigne qu'elle a dissous toute la résine du chanvre et sort saturée. Exprimez à la presse et filtrez pour l'usage le liquide visqueux obtenu.

On doit rejeter les tiges et les feuilles inférieures de la plante qui contiennent seulement une quantité très-minime du principe actif, concentré qu'il se trouve autour des organes de la reproduction.

La dose de ce médicament est d'une cuillerée à bouche, que l'on étend par une douce onction sur la partie douloureuse; on recouvre celle-ci d'une feuille de ouate de coton et on enveloppe le tout d'un morceau de taffetas gommé. GRIMAULT.

Formule du sparadrap stibié.

On connaît les bons effets de la révulsion pratiquée par les écussons stibiés dans les affections thoraciques chroniques; mais l'intensité de la pustulation provoquée par cette forme pharmaceutique éloigne certains médecins de son emploi. M. Mialhe a rendu un service signalé à la pratique en donnant la formule d'un sparadrap stibié, qui procure une éruption beaucoup plus discrète que celle produite par les écussons. Voici son mode de préparation :

Pr.	Poix blanche	40 parties.
	Colophane	20 parties.
	Cire jaune	20 parties.
	Térébenthine	5 parties.
	Huile d'olive	5 parties.
	Tartre stibié	10 parties.

[1] Nous croyons que la glycérine constituerait un véhicule préférable, et, si nous nous permettons cette remarque, c'est que nous avons essayé plusieurs fois avec succès la préparation de M. Grimault. La glycérine est absorbé beaucoup plus complétement que l'huile; mais peut-être ce véhicule dissout-il moins complétement les résines. L'expérience est facile à faire. (*Note du Rédacteur.*)

F. S. A. une masse emplastique et étendre à chaud sur des bandes de calicot, à la manière du sparadrap ordinaire.

Nous ne saurions trop recommander à nos lecteurs l'usage de ce mode de révulsion dans les bronchites chroniques et la phthisie.

Moyen nouveau pour reconnaître la pureté du chloroforme.

Depuis que le chloroforme a été adopté d'une manière générale comme moyen anesthésique, on s'est beaucoup occupé des moyens d'en reconnaître la pureté d'une manière pratique, c'est-à-dire au lit du malade, à l'aide de réactions rapides et faciles à exécuter. Les procédés proposés jusqu'à présent ont eu, en général, l'inconvénient d'être trop compliqués ou de ne donner que des résultats imparfaits. M. E. Hardy, qui s'est beaucoup occupé, comme on le sait, des anesthésiques, propose une nouvelle méthode, dont voici la description :

Cette méthode est fondée sur l'inaltérabilité du chloroforme pur en présence du sodium. Lorsque l'agent anesthésique contient de l'alcool ou les autres produits du même ordre susceptibles de l'altérer, il est décomposé avec dégagement de gaz et formation de matières fixes. L'action se prolonge tant que les substances étrangères ne sont pas complétement détruites. Les gaz sont formés d'hydrogène, de gaz des marais et d'oxyde de carbone ; ceux que donne l'esprit de bois ne sont que de l'hydrogène et de l'oxyde de carbone. Les matières fixes appartiennent, suivant les cas, aux séries des acides méthulmique, éthulmique, amylulmique, etc., combinés avec la soude, et en un dépôt de sel marin.

Cette réaction fournit un moyen très-simple pour un essai précis et rapide ; il suffit de mettre dans un tube de verre fermé par un bout quelques grammes de chloroforme et de projeter dans le tube un fragment de sodium desséché à l'avance pour enlever l'huile de naphte qui le recouvre. Pour peu qu'il y ait quelques traces de matières étrangères, un millième suffit, on voit, sans qu'il soit nécessaire de chauffer, des bulles de gaz se dégager presque instantanément, et la réaction devenir d'autant plus vive que le produit sera moins pur.

Cet essai dure deux ou trois minutes, et, dans ces conditions, toute production de gaz est la preuve décisive de l'impureté du chloroforme.

L'expérience ainsi conduite n'éprouve, suivant M. Hardy, ni difficulté, ni dangers d'inflammation ou de détonation. Il sera tou-



jours facile, dit-il, de se procurer du sodium, employé actuellement dans l'industrie sur une grande échelle et qui se trouve partout à bas prix. Il pense, en conséquence, que cette réaction pourra être employée avec avantage dans la pratique usuelle par les chirurgiens qui, au moment de pratiquer une opération, auront quelques doutes sur la pureté du chloroforme.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Quelques faits à l'appui de l'emploi des semences de courge (pepo maxima) dans les cas de ténia.

J'ai l'honneur de vous adresser quelques faits d'expulsion du ténia par les semences de courge (pepo maxima). Cette médication a été préconisée par les docteurs Brunet et Sarraméa, de Bordeaux. Votre utile recueil en a publié plusieurs cas. Malgré cela, ce remède est peu connu; le plus grand nombre des médecins en ignorent l'action et l'emploi.

La vulgarité de cette graine, la facilité de se la procurer, l'habitude d'administer des remèdes venus de loin, ayant un prix élevé, fait que nous dédaignons ce que nous avons sous la main.

Le proverbe *Nul n'est prophète en son pays* s'appliquerait-il aussi aux médicaments?

Le premier cas où j'ai mis en usage ce remède est celui d'un ingénieur, homme distingué qui, depuis plusieurs années, éprouvait du côté de l'estomac des symptômes que je rapportai à un état gastralgique : ballonnement, absence d'appétit, douleurs épigastriques; ce malaise cédait à quelques purgatifs et à l'administration de quelques amers, mais se reproduisait bientôt.

Depuis quelque temps, cet état de souffrances durait et s'était accompagné de pâleur de la face et de perte des forces; l'emploi des moyens ordinaires avait été impuissant.

Cet ingénieur devait faire un voyage long et fatigant, et l'état de sa santé le faisait hésiter à l'entreprendre. Il me dit un jour qu'il avait rendu quelques fragments blancs, qu'il ne put me montrer, mais que je supposai être des fragments de ténia. Je lui fis prendre dès le lendemain 100 grammes de semences de courge broyées dans de l'eau avec du sucre, et, sans coliques ni nausées, il rendit le soir un ténia solium de sept mètres de longueur.

Depuis ce moment, sa santé s'est rétablie, et malgré de très-grandes fatigues, elle s'est maintenue en très-bon état.

Peu de temps après, un négociant, qui avait habité la Syrie pendant plusieurs années, me fit appeler pour une indisposition passagère. Sa femme me dit que depuis longtemps son mari rendait des fragments de ver solitaire, et elle ne se trompait pas sur la nature de ce ver, me disait-elle, car tous ses enfants en avaient été atteints; fait, du reste, très-commun en Syrie.

Les partisans de la production du ténia par l'introduction de cysticerques dans notre tube digestif, pourraient trouver dans cette fréquence du ténia en Syrie un argument en faveur de leur opinion.

Dans presque toutes les maisons, en effet, on mange un met préparé avec de la viande qu'on pile crue mêlée avec une farine particulière. Cette viande, à force d'être pilée, devient blanche et on la fait cuire alors sous forme de boulettes ; mais beaucoup de personnes, et les enfants entre autres, mangent avec grand plaisir cette viande ainsi pilée, et avant le la faire cuire; on en sert même dans cet état sur la table. Ne serait-ce pas là la voie d'introduction du ténia et la cause de sa fréquence en Syrie ? Je vous livre, mon cher rédacteur, cette vue de l'esprit pour ce qu'elle vaut et je reviens à mon malade. Celui-ci me raconta que depuis deux ans il rendait de temps en temps des fragments plus ou moins longs de ver ; mais comme il ne souffrait pas, que sa santé était parfaite, emporté par les affaires, il n'avait pas pensé à m'en parler, depuis plusieurs années que je lui donne des soins.

Je lui prescrivis alors une émulsion faite avec 100 grammes de semences de courge, et dix heures après l'administration de ce remède, il rendit sans douleur un ténia solium de cinq mètres, qui vivait encore lors de sa sortie. Depuis cette époque, il y a près d'un an, ce monsieur n'a plus rendu de fragments de ver.

Enfin, un voyageur de commerce de passage à Marseille vint demander mes conseils pour un ténia qu'il portait depuis trois ans environ et contre lequel l'écorce de grenadier et la racine de fougère avaient été sans résultat complet ; il avait essayé le kousso, mais ce médicament lui avait inspiré une si grande répugnance, qu'il n'avait pu parvenir à l'avaler.

Je lui prescrivis la semence de courge et l'engageai à revenir me voir, mais il ne revint pas, et je l'avais oublié, quand je reçus une lettre, dans laquelle il me disait : « Victoire, mon cher docteur ! « Honneur au potiron ! Ce légume m'a débarrassé de mon affreux « reptile ; il avait six mètres de long et était tout grouillant quand « il est sorti, etc. »

Depuis cette époque j'ai rencontré quatre autres cas de ténia, et

la semence de courge m'a toujours réussi à expulser ce ver en entier. Dans un cas cependant, chez une demoiselle de trente ans environ, un mois après l'expulsion du ver par la semence de courge, les symptômes se sont reproduits, et le kousso, qui avait été insuffisant une première fois, fit rendre un ver de plusieurs mètres de long, et depuis ce moment cette personne n'a plus rien éprouvé. N'y avait-il pas dans ce cas plusieurs vers? Ce moyen a donc pour lui une expérimentation déjà assez considérable; il est d'un très-facile emploi; il n'occasionne ni dégoût ni douleurs; il mérite donc d'être recommandé, et vous penserez sans doute comme moi, cher confrère, que la vulgarisation d'un remède facile vaut mieux, quand il est utile, que la recherche de moyens nouveaux.

GIRARD,
professeur de clinique interne à l'École de Marseille.

Nouveaux faits à l'appui de l'emploi topique du perchlorure de fer comme traitement abortif du zona.

Je lis dans le numéro du 20 juillet du *Bulletin de Thérapeutique*, la relation de trois observations de zona traité et guéri par des applications locales de perchlorure de fer. Le hasard m'ayant permis de traiter également trois cas de zona par le même moyen et avec un résultat non moins satisfaisant, permettez-moi de joindre mes observations à celles que vient de publier M. le docteur Baudon, afin de donner un nouvel appui à une médication aussi simple qu'efficace.

Obs. La fille Kyserho, âgée de vingt-deux ans, journalière, vient me consulter le 12 décembre 1861, au sujet d'une affection éruptive très-douloureuse, dont l'apparition date de quarante-huit heures. Je reconnais un vaste zona, qui s'étend sur la moitié gauche de la poitrine, depuis les premières vertèbres dorsales jusqu'au sternum, en passant immédiatement au-dessous de l'aisselle et sur la moitié inférieure de la mamelle. Des vertèbres au sternum, la peau est parsemée, sur une hauteur de 10 centimètres environ, de nombreux groupes de vésicules, et chaque groupe est entouré d'une auréole inflammatoire.

Je badigeonne toute la surface de peau occupée par le zona avec une solution alcoolique concentrée de perchlorure de fer (perchlorure de fer sublimé, 5 grammes; alcool, 30 grammes); cinq minutes ne sont pas écoulées, que la malade éprouve une amélioration. Je n'applique ni linge ni ouate, et je congédie la malade, en l'engageant à revenir le surlendemain, 14. Elle ne vint que le 15,

me déclarant que la douleur avait disparu dès le premier jour. Je trouvai toutes les vésicules flétries. Je pratiquai un nouveau badigeonnage avec la solution alcoolique de perchlorure de fer, moins par nécessité que pour satisfaire la malade.

J'ai revu depuis cette fille : elle m'a assuré n'avoir jamais éprouvé, depuis sa guérison, de douleurs dans la région occupée par le zona.

Dans deux autres cas, traités antérieurement à la fille Kyserho, par le même moyen, j'ai obtenu deux guérisons très-rapides. Je regrette de n'avoir pas pris de notes sur ces deux malades. Je me rappelle que chez l'un d'eux je voulus, comme le docteur Baudon, rompre quelques-unes des vésicules les plus volumineuses. Le contact du perchlorure sur le derme mis à nu fut extrêmement douloureux, et, tandis que les vésicules restées intactes se flétrirent très-vite, les points du derme touchés par le perchlorure ne se couvrirent d'un nouvel épiderme que plusieurs jours après la guérison du zona. Je me promis bien de ne plus rompre les vésicules à l'avenir.

Dans ces deux cas, de même que chez la fille Kyserho, je n'ai pas observé de névralgie consécutive. Je ne pratiquai qu'un seul badigeonnage par jour, et il ne fut pas nécessaire de répéter plus de trois jours de suite cette petite opération chez ces deux malades, pour obtenir la guérison.

Lorsque l'on applique sur un zona la solution alcoolique de perchlorure de fer, dont j'ai donné plus haut la formule, on observe les phénomènes suivants : le malade éprouve un soulagement en immédiat, et, après cinq minutes, on s'aperçoit que la peau se ride, comme si les fibres musculaires lisses du derme entraient contraction tonique insensible. L'auréole inflammatoire sur laquelle repose chaque groupe de vésicules diminue d'étendue ; les vésicules semblent former un relief plus accusé au-dessus du derme, et le liquide qu'elles contiennent paraît plus opaque. Tout cela se passe en moins de dix minutes.

Lorsqu'on examine le malade le lendemain, la peau présente un aspect particulier, que M. Baudon a remarqué et qu'il a décrit en ces termes : *la peau se tanne*. Le perchlorure a pénétré l'épiderme et celui-ci s'est desséché, raccorni ; les rides épidermiques de la peau sont très-développées ; le derme a perdu toute tension et repris sa souplesse ; la surface cutanée est rude au toucher. Les vésicules sont flétries et elles se dessèchent les jours suivants.

Mes conclusions diffèrent, au moins partiellement, de celles de M. le docteur Baudon :

1° Badigeonner le zona, à quelque époque de son évolution qu'il se présente ;

2° Se servir d'une solution alcoolique concentrée de perchlorure de fer;

3° Pratiquer une seule application de perchlorure par jour, et répéter cette opération un, deux, trois jours de suite, suivant les circonstances ;

4° Se garder d'ouvrir les vésicules, afin d'épargner au malade des douleurs pour le moins inutiles.

Al. GRESSY, D. M.,
à Carnac (Morbihan).

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de l'érysipèle, par M. le docteur Armand DESPRÉS, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris.

Comme la plupart des auteurs de monographies, M. le docteur Després a cru devoir faire précéder l'exposé de ses propres observations sur l'érysipèle par un historique étendu des phases diverses qu'a suivies successivement l'étude de cette maladie. Dans l'état actuel des questions qui, vis-à-vis de l'anatomie, de la physiologie, des recherches micrographiques, de l'hématologie, etc., se posent à propos de l'érysipèle, était-ce un besoin qui se fît généralement sentir que celui d'interroger à cet égard le passé pour éclairer le présent ou l'avenir? Nous en doutons. Il est des problèmes qui, par les questions d'étiologie qu'ils impliquent, peuvent profiter des leçons de l'histoire; mais il n'en est pas ainsi de l'érysipèle. Il n'y a aucune information à prendre à ce sujet dans le passé; nous en donnerons tout de suite une preuve décisive, c'est que de la laborieuse excursion de notre intelligent et savant confrère sur ce terrain-là, il ne nous a rapporté aucune donnée qu'il ait pu mettre à profit pour se diriger lui-même dans la solution des importantes questions qu'il aborde dans son intéressante monographie. M. Després a trop de valeur personnelle pour qu'il ait besoin de se guinder ainsi sur les échasses d'une érudition stérile afin de se grandir; c'est là d'ailleurs un procédé usé, qui ne fait plus illusion à personne : on va aujourd'hui au fond des hommes, comme on s'efforce d'aller au fond des choses; les pompons ne vont plus à la science sérieuse. Nous passerons donc par-dessus ce hors-d'œuvre et irons droit à l'œuvre même de notre distingué confrère, pour en dire humblement notre opinion.

Après le stérile historique dont nous venons de parler, M. Després entre en matière en rapportant un grand nombre d'observations puisées aux meilleures sources : ces observations, au nombre de soixante-trois, sont groupées sous trois rubriques diverses que nous allons indiquer, parce que, dans la pensée de l'auteur, ces catégories renferment essentiellement la notion étiologique la plus complète de la maladie. Dans un premier groupe figurent les observations où la cause varie comme les conditions communes dans lesquelles les hommes sont placés ; dans un second groupe la notion de la cause se révèle d'une manière plus claire, le point de départ du mal est une plaie non pansée ou mal pansée ; dans un troisième groupe, enfin, figurent les observations où l'érysipèle paraît dériver d'une condition particulière des plaies, celle où les place la réunion dite par première intention. Nous ne savons pas de maladies où cette catégorisation des faits, suivant l'origine de leur évolution, soit plus légitime que celle dont il s'agit en ce moment. L'enseignement qui résulte de cette simple et lumineuse distinction frappe l'esprit, et y laisse une impression de précision qui ne s'efface plus.

Ainsi solidement établie la base de son travail, M. Després aborde la nosographie proprement dite, et traite successivement de la nature de l'érysipèle, de sa symptomatologie, de son étiologie et de sa thérapeutique. Nous ne suivrons point l'auteur pas à pas dans cette quadruple direction de son travail; nous nous contenterons d'indiquer sommairement quelques-unes des vues qui tendent à donner à son œuvre quelque teinte d'originalité, et qui méritent surtout de fixer l'attention des médecins qui ont quelque souci des progrès de la science. L'auteur cherchant à préciser la nature et le siége histologique, si nous pouvons ainsi dire, de l'érysipèle, croit être autorisé, et par ses propres recherches et par le jugement de quelques-uns de ses savants maîtres, à placer le siége de l'érysipèle dans le réseau capillaire lymphatique cutané, qui est enflammé, tout comme le phlegmon est antithétiquement une inflammation du réseau capillaire sanguin. Nous conviendrons volontiers que, si quelque doute reste encore dans l'esprit, après la démonstration que tente de cette thèse M. Després, il cite au moins un grand nombre de faits judicieusement observés, interprétés plus judicieusement encore, qui militent fort en faveur de la proposition doctrinale qu'il s'est attaché à développer. C'est là un point de vue intéressant, qu'il faudra s'appliquer à vérifier. Un autre point de vue, dont la catégorisation des faits dont nous parlions tout à l'heure laisse pressentir la portée étiologique, c'est celui du rapport de l'érysipèle avec

le traumatisme cutané. Ici l'auteur se heurte immédiatement à un ordre de faits où ce rapport est plus que problématique, et il se tire de cette difficulté en assimilant ce qu'on appelle un coup d'air froid ou humide sur un point de l'appareil tégumentaire externe à une plaie, à une lésion quelconque de continuité. Nous ne voudrions pas nous porter garant de la légitimité de cette assimilation, nous la signalons seulement à l'attention du lecteur qui en jugera.

La raison pour laquelle notre ingénieux auteur poursuit cette assimilation, qui ne convainc pas tout d'abord l'esprit, c'est qu'il tend, avec M. Trousseau et d'autres, à affirmer que, dans l'immense majorité des cas, l'érysipèle a son point de départ dans un traumatisme quelconque de la surface cutanée; c'est là, d'ailleurs, nous n'hésitons pas à le dire, un rapport qui, dans ces termes est rigoureusement établi; si quelqu'un en doutait encore, il suffirait de lire les nombreuses observations rapportées dans la monographie que nous analysons pour s'édifier complétement sur ce point. M. Després, dans son étiologie de l'érysipèle, se montre fort explicite; et s'il s'évertue à assimiler l'impression d'un courant d'air froid sur la peau à une lésion de continuité de cette membrane, c'est que son affirmation étiologique n'admet point de tempérament.

C'est ce même point de vue, que d'aucuns trouveront peut-être un peu trop exclusif, qui le conduit à nier, non-seulement la contagion de l'érysipèle, en cela il a raison, mais encore son caractère épidémique dans un certain nombre de circonstances. Pour démontrer que l'épidémicité, comme l'endémicité nosocomiale n'ont rien à faire avec le développement de l'érysipèle, M. Després invoque les enseignements de la statistique, qui, s'ils ne prouvent, au sens d'un esprit sévère, que ce caractère appartient dans quelques cas à l'érysipèle, ne prouvent pas davantage la proposition inverse. Dans la préoccupation de sa conception un peu exclusive à cet égard, notre laborieux confrère se laisse aller à l'illusion d'un singulier argument. « Si l'érysipèle, dit-il quelque part, est une maladie tenant à un miasme développé à certaines époques de l'année, nous devons retrouver dans quelque pays, sur le globe, un lieu où il règne, sinon d'une façon constante, du moins d'une manière régulière. » Comment, pour qu'une maladie soit épidémique à un moment du temps, il faut qu'elle soit endémique quelque part? Sommes-nous donc dans un monde où tout est, et où rien ne devient? Est-ce que les forces immanentes de la nature, forces physiques, chimiques, cosmiques, pour dire les forces que nous ne faisons qu'entrevoir, les forces morales même, ne mettent pas les choses dans

un flux et reflux perpétuel? Comment, avec ces causes de changement incessant des conditions au milieu desquelles l'homme vit, pouvez-vous nier une influence possible, parce qu'elle ne serait qu'intermittente? Nous ne voulons pas insister sur ce point; nous sommes sûr que M. Després, quand il aura réfléchi, comprendra que si la science veut des principes absolus, avant de poser ceux-ci, il faut y regarder à deux fois.

Cette partie du livre intéressant de notre jeune confrère veut donc être lue avec circonspection; mais il n'en est pas de même des pages qui ont trait au diagnostic de la maladie, à son traitement. Celui-ci surtout est parfaitement exposé. L'auteur soumet à une critique judicieuse tout le farrago médicamenteux que nous a légué à cet égard presque toute la science du passé. Convaincu avec raison de la réalité du rapport qui lie le traumatisme au développement de l'érysipèle, il établit les règles les plus sages pour mettre les malades à l'abri d'un accident qui, par son retentissement sur les centres nerveux, ou son action sur la composition du sang, peut avoir les conséquences les plus funestes; puis, en dehors de ces graves éventualités, que la prévoyance du médecin peut très-souvent prévenir, il pose pour le traitement de l'érysipèle l'opportunité du traitement le plus simple; il montre que, dans la plupart de ces cas, les saignées sont un luxe de thérapeutique qui coûte quelquefois très-cher aux malades, et qu'une sage expectation, secondée de quelques moyens simples, comme l'application de corps gras, et mieux encore de poudre d'amidon, ou de bismuth, suffisent, dans les cas simples, à conduire le mal à bonne fin. M. Després est jeune encore, mais on voit qu'il est riche de l'expérience d'un père aussi sincèrement estimé qu'il est regretté. Ce travail, marqué au coin d'un esprit chercheur et sérieux, nous fait bien augurer de l'avenir du fils du chirurgien habile que nous avons été à même d'apprécier.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Kyste uniloculaire de l'ovaire ayant résisté a sept injections iodées. — Ovariotomie. — Guérison. — M. Boinet vient de présenter à la Société de chirurgie la malade à laquelle il a pratiqué avec succès l'extraction de l'ovaire. Voici l'analyse de ce fait, fournie par l'auteur. — Cette dame est âgée d'environ trente ans. Elle a eu d'abord un enfant quelque temps après son mariage. Rien de particulier ne se passa à cette grossesse, et les suites de couche furent

naturelles. Il y a deux ans, cette dame vit son ventre se développer, on crut à une grossesse, puis plus tard on s'aperçut que c'était un kyste de l'ovaire. Il y avait, en effet, une fluctuation tellement franche, évidente, que l'on reconnut un kyste uniloculaire. Ce kyste avait acquis un volume très-considérable quand je fus appelé pour l'examiner.

Je conseillai alors les injections et j'en fis sept à divers intervalles. La première ponction fit sortir dix-huit litres de liquide, puis les ponctions suivantes donnaient de moins en moins de liquide. C'est ainsi que j'avais successivement vu la quantité descendre à 16, à 14, à 12 litres. Cependant si le liquide diminuait, je remarquais dans les derniers mois qu'il se reproduisait avec une grande promptitude. En même temps, cette dame s'affaiblissait de jour en jour et maigrissait considérablement. Comme cet état m'inquiétait, je conseillai l'ovariotomie, qui fut acceptée.

Voici d'abord la pièce anatomique. Elle se compose d'une seule poche, au fond de laquelle on voit une sorte de tumeur aréolaire que le microscope a reconnue être composée par du tissu fibro-plastique. Cependant cette tumeur n'était pas assez grosse pour empêcher le retrait de la poche kystique. J'ai remarqué qu'après chaque ponction la fluctuation diminuait, ce que j'expliquais par l'épaississement des parois revenues sur elles-mêmes. J'ajoute que la face externe de la poche avait contracté quelques adhérences molles avec les parties ambiantes. J'ai détruit ces adhérences en les liant et en coupant au-dessous de la ligature.

Voici les détails relatifs à l'opération que j'ai pratiquée : J'ai d'abord donné du chloroforme, mais avec réserve, parce que cette malade était rebelle à son action. Pendant les premiers moments, elle est tombée tout à coup dans l'insensibilité la plus complète, si bien que j'ai eu quelques craintes ; mais le pouls battait encore, ce qui me rassurait. On a remédié à ces premiers accidents, puis des vomissements bilieux se sont déclarés. Quand tout a été calmé, j'ai repris les inhalations, mais avec la plus grande réserve. La malade a été anesthésiée, et elle ne s'est réveillée qu'au moment de l'extraction du kyste. Quand le sommeil chloroformique a été établi, j'ai fait sur la ligne médiane une incision de 10 centimètres environ, partant de 3 centimètres au-dessous de l'ombilic et allant se terminer au-dessus du pubis. Quelques artérioles ayant été ouvertes dans cette incision des parois, j'en ai fait la ligature avant d'aller plus loin, afin d'être assuré que rien ne pouvait tomber dans la cavité péritonéale. Alors j'ai soulevé le péritoine et je l'ai incisé sur

une sonde cannelée. Le kyste s'est présenté de lui-même vers cette ouverture; mais pour favoriser son expulsion en même temps que pour empêcher l'introduction de liquides dans le péritoine, j'ai fait exercer par des aides une compression modérée sur les parois latérales de l'abdomen. Tout étant ainsi disposé, j'ai pratiqué une ponction avec un trocart conique, qui m'a paru avoir sur les autres l'avantage de prévenir l'issue du liquide entre ses parois et l'ouverture qu'il fait. Quand le kyste a été vidé à moitié, je l'ai fixé sur le trocart, puis j'ai achevé de le vider. C'est alors que je l'ai saisi avec des pinces érignes et avec des pinces plates pour ne point le déchirer; je l'ai soulevé et je l'ai attiré au dehors. Comme mon incision était un peu étroite, j'ai eu quelques difficultés pour faire l'extraction de la masse kystique, surtout quand il a fallu faire sortir la tumeur aréolaire contenue dans les parois de la poche principale. Quand le kyste a été sorti du ventre, j'ai garni le pédicule avec de la flanelle, et j'ai appliqué le clamp modifié par moi. J'ai fait l'excision de la poche, puis j'ai pratiqué quelques ligatures d'artères contenues dans le pédicule, et après cela j'ai ôté le clamp, parce qu'il gêne, masque la plaie, empêche l'application des sutures. J'ai été obligé de poser trois ligatures dont une en masse, parce que des artères volumineuses se trouvaient dans le pédicule. Pendant qu'un aide tenait les fils et le pédicule dans l'angle inférieur de la plaie de l'abdomen, j'ai réuni cette plaie avec des épingles et la suture entortillée, en ayant soin de comprendre le péritoine dans la suture. L'épingle inférieure a été passée en même temps dans l'épaisseur du pédicule, afin d'empêcher que celui-ci ne rentrât dans l'abdomen.

Après l'opération, j'ai prescrit des cataplasmes laudanisés, des flanelles chaudes, du vin de Xérès, du bouillon et des potages. La première journée a été parfaite, le pouls est resté à 90, il y a eu du sommeil. J'ai appliqué une couche de collodion sur la plaie. Le lendemain matin il y a eu des vomissements bilieux, mais sans péritonite; je savais que la malade vomissait facilement. J'ai continué le même traitement et j'ai permis des aliments solides.

Le quatrième jour, la malade a mangé une côtelette; le collodion a été enlevé, et j'en ai fait une seconde application. Il y avait à peine de la suppuration. Les ligatures sont tombées le 1er octobre. La ligature en masse est restée trente jours.

Aujourd'hui, mon opérée ne souffre plus; elle n'a pas de tuméfaction dans le ventre; les règles sont revenues, elles ont duré cinq jours comme auparavant; la plaie abdominale est bien cicatrisée,

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Aconit (*Empoisonnement par l'*) *traité avec succès au moyen de l'opium.* Nous continuerons à enregistrer les cas dans lesquels l'empoisonnement par certains agents toxiques est combattu au moyen d'autres agents, également toxiques, mais doués de propriétés physiologiques opposées. C'est une méthode qui est assez souvent employée par nos confrères d'au delà du détroit et ceux d'Amérique, et qui, à en juger par les faits connus, semble mériter une attention sérieuse et une étude approfondie.

Dans le cas présent, dû au docteur Benton, médecin résidant à l'hôpital de Philadelphie, il s'agit d'un empoisonnement par l'aconit traité au moyen de l'opium. Or, l'opium, on le sait, en vertu de son action sur la pupille qu'il contracte, est regardé comme antagoniste des agents qui la dilatent, qui déterminent la mydriase. Est-ce à dire que l'aconit soit un agent mydriatique, de même que la belladone, la stramoine, etc., et que ce soit pour l'avoir considéré comme tel que M. Benton lui a opposé l'opium ? La manière dont la pupille est influencée par cette plante et ses préparations est un point qui n'est pas encore nettement acquis à la science ; car, tandis que, suivant la généralité des pharmacologues, l'aconit contracterait l'ouverture pupillaire, d'après le professeur Schroff (de Vienne), il en produirait au contraire la dilatation. Et, quant au cas dont il s'agit, il n'a pu servir à élucider la question, la malade étant atteinte d'adhérences de l'iris des deux côtés, suite d'iritis syphilitique. C'est donc en vertu d'autres vues théoriques que M. Benton a été conduit à recourir à l'opium contre les symptômes de l'empoisonnement qu'il avait à combattre. Ce qui l'y a déterminé, c'est, dit-il, que l'aconit étant un puissant sédatif général, qui déprime l'influence du cerveau et amène la mort par syncope, il lui a paru que ses effets dépressifs pourraient être énergiquement et avantageusement contrebalancés par l'opium, dont l'action se concentre sur le centre nerveux, le stimule et y détermine la congestion. Sans chercher à apprécier la justesse de ces vues, voici le fait :

Le 25 mai dernier, à huit heures du soir, M. Benton fut appelé auprès d'une malade, qui, trois quarts d'heure auparavant, avait avalé par erreur la valeur d'une cuillerée à dessert de teinture de racine d'aconit. La méprise n'avait été reconnue que par les plaintes de la patiente, accusant une extrême prostration et un sentiment particulier d'engourdissement et de fourmillement sur toute la surface cutanée. Elle était étendue dans une sorte de stupeur, le pouls imperceptible, la face pâle, les extrémités froides et tout le corps baigné d'une sueur froide. Un vomitif actif fut administré, et, dès que l'estomac fut un peu remis des secousses du vomissement, on fit prendre à la malade une once d'eau-de-vie additionnée de 40 gouttes de laudanum, dose qui fut répétée de quart d'heure en quart d'heure jusqu'à ce qu'il eût été pris cinq onces d'eau-de-vie et environ 3 drachmes de laudanum : le pouls était alors monté à 60 pulsations par minute, mais était très-intermittent. L'eau-de-vie et le laudanum furent continués, mais de demi-heure en demi-heure seulement, jusqu'à minuit, quatre heures après l'arrivée de M. Benton ; 5 drachmes et 1/2 de laudanum avaient été administrées, et il n'y avait aucun symptôme de narcotisme ; le pouls s'élevait à 90 et la chaleur était revenue aux extrémités. Continuation encore du laudanum et de l'eau-de-vie, mais à intervalles plus longs et à doses plus faibles, jusqu'à huit heures du matin (douze heures après l'accident); à ce moment l'état de la malade était bon, le pouls à 85. Le rétablissement a été complet, sans aucun symptôme consécutif fâcheux.

Dans ce cas, comme dans les autres que nous avons déjà rapportés, on peut remarquer l'énorme quantité de laudanum qui fut ingérée dans un court espace de temps. On remarquera aussi que le laudanum ne fut pas seul administré : l'eau-de-vie, stimulant diffusible, ne peut-il pas réclamer, aux doses auxquelles il fut donné, une part dans la guérison d'un empoisonnement dont les effets se traduisaient par une prostration extrême ? Quoi qu'il en soit, nous avons cru devoir rapporter ce fait comme contribution à l'étude de l'antagonisme des substances toxiques. (*Philadelphia, med. and. surg. report,* et *Dublin med. Press.*, septembre 1862.)

Hoquet *accompagné de troubles graves dans la circulation durant douze jours, et guéri subitement par le valérianate de zinc.* Nous avons rapporté récemment (voir le numéro du 15 octobre) une observation curieuse de hoquet rebelle accompagné d'accidents graves, guéri par l'emploi du sulfate de quinine. Voici un fait du même genre dans lequel l'emploi du valérianate de zinc a eu un résultat aussi heureux :

Le 17 novembre dernier, M. D*** éprouve une vive contrariété, il est subitement pris de vomissements et d'une céphalalgie intense. Une heure après, M. le docteur Danet voit le malade ; il se plaint d'envies de vomir et d'un mal de tête violent ; le pouls est petit, faible, la langue couverte d'un enduit jaune verdâtre. M. Danet se borne à prescrire le repos au lit, quelques tasses d'infusion légère de tilleul orangé et une potion calmante. Rappelé dans la soirée, il trouve l'état du malade plus grave ; les envies de vomir ont fait place à un hoquet assez fréquent ; le mal de tête est plus fort, la peau brûlante, le pouls plein et lent, le ventre légèrement ballonné, sensible à l'épigastre à droite, la langue épaisse et jaune. Un émétocathartique amena promptement des évacuations bilieuses, lesquelles durèrent toute la nuit et ne cessèrent que le lendemain vers midi, pour faire place à un hoquet incessant, ne laissant pas au malade un moment de repos, et prenant d'heure en heure des proportions croissantes.

Le hoquet, simple au début, fut bientôt accompagné de soubresauts, d'étouffements, de spasmes, de syncopes, de plaintes, puis de cris et enfin de hurlements. Le pouls petit, mais régulier, devint intermittent et rémittent, et bientôt tomba à trente-quatre battements. Le ventre était souple, mais douloureux.

Dès le premier jour, M. Danet employa les antispasmodiques et les solanées, la belladone, le datura, l'éther, le chloroforme, jusqu'à l'anesthésie, la décoction et la poudre de valériane, le valérianate de zinc (de Pierlot), l'assa-fœtida, les bains prolongés, l'électricité continue et par induction, enfin un cautère à la potasse, un large vésicatoire et le feu. La maladie n'en continua pas moins de marcher à grands pas, et M. Danet désespérait de sauver son malade. Le douzième jour de la maladie, il prescrivit la pilule suivante :

Pr. : Valérianate de zinc.	5 centig.
Extrait de belladone.	1 centig.
Extrait mou de quinquina.	Q. S.

Une pilule.

Le malade râlait ; on lui donne la pilule à huit heures du matin. Revu à onze heures, il avait reposé une heure. Une seconde pilule fut administrée. A trois heures le hoquet n'avait pas reparu. Troisième pilule ; à six heures, un bouillon. Le malade s'endormit et ne se réveilla qu'à dix heures pour demander un potage qu'on lui donna, et il s'endormit jusqu'au lendemain. Depuis lors M. D*** ne s'est jamais ressenti de son accident ; (*Gaz. hebdom.*, octobre 1862.)

Luxation *de la mâchoire inférieure (Nouvelles recherches sur la).* Malgré les travaux consacrés à l'étude de cette lésion par des chirurgiens les plus considérables, son mécanisme est loin d'être déterminé d'une manière certaine. M. Maisonneuve vient de reprendre cette étude, et dans un mémoire lu à l'Institut, il rend compte des expériences qu'il a pratiquées sur le cadavre, dans le but de déterminer ce mécanisme et l'anatomie pathologique de la luxation du maxillaire inférieur ; il a opéré la luxation sur plus de trente sujets, et cela en copiant tout simplement le mécanisme de la luxation spontanée, c'est-à-dire : 1° en abaissant fortement le menton ; 2° en poussant les condyles en avant par le simple effort des doigts placés derrière ces éminences ; 3° enfin en relevant brusquement la mâchoire au moyen des doigts index et médius de chaque main placés derrière et sous l'angle maxillaire, pour simuler l'action des muscles masséters.

Après avoir ainsi produit la luxation, M. Maisonneuve a procédé à une dissection attentive, et il a constaté : 1° en ce qui concerne les parties osseuses, que les condyles de la mâchoire sont portés au-devant de la racine transverse de l'apophyse zygomatique, sur la face antérieure de laquelle ils appuient ; que les apophyses coronoïdes, complétement enveloppées par le tendon du muscle crotaphite, sont abaissées au-dessous des arcades zygomatiques qu'elles ne touchent presque jamais, et qu'elles n'opposent aucun obstacle au rapprochement des mâchoires ; 2° en ce qui concerne les parties ligamenteuses, que la capsule articulaire était fortement tendue, sans toutefois être déchirée ; que le liga-

ment externe, dont la direction normale est oblique d'avant en arrière, devenait oblique d'arrière en avant, et participait à la tension de la capsule, que les ligaments sphéno et stylo-maxillaires étaient aussi fortement tendus; 3° en ce qui concerne les parties musculaires, nous avons vu que le muscle crotaphite était allongé, mais que son tendon n'offrait aucune déchirure; que les muscles ptérygoïdiens externes et masséters étaient aussi dans un état de tension prononcé, mais que la direction générale de leurs fibres donnait toujours une résultante qui passait au-devant des condyles luxés, et non pas en arrière, comme le pensait J.-L. Petit.

De ces faits, M. Maisonneuve croit pouvoir conclure : 1° que la luxation de la mâchoire inférieure résulte du glissement anormal des condyles de cet os au devant de la racine transverse de l'arcade zygomatique; 2° que la fixité de cette luxation ne dépend ni de l'accrochement des apophyses coronoïdes, comme l'admettaient Fabrice d'Aquapendente, Monro, Hoswip, et plus récemment MM. Nélaton, Denonvilliers et Gosselin, ni du transport de la résultante des forces élévatrices derrière les condyles luxés, ainsi que le pensait J.-L. Petit, mais qu'elle résulte uniquement de l'engrènement des condyles au-devant des racines transverses, et que cet engrènement est lui-même maintenu par la combinaison de la résistance passive des ligaments et de la contraction énergique des muscles élévateurs; 3° que le procédé le plus efficace pour la réduction consiste à abaisser doucement le menton pour relâcher les ligaments et à pousser fortement les condyles en arrière en appuyant sur les apophyses coronoïdes au moyen des pouces introduits dans la bouche. (*Compte rendu de l'Académie des sciences*, octobre 1862.)

Névrose *particulière de l'estomac chez les enfants*. Dans sa pratique de trente et un ans, M. Lombard a observé sept ou huit fois, chez des enfants, une singulière maladie, dont la gravité apparente l'avait toujours inquiété; il n'a eu qu'un seul cas de mort, mais c'est bien suffisant déjà pour justifier ses appréhensions. Voici quels sont les symptômes de cette maladie : Le phénomène caractéristique est un vomissement fréquent qui se répète sans la moindre cause, dans le meilleur état de santé, et se produit sous forme de crises tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures. Le liquide vomi est tout à fait aqueux, incolore, avec quelques filaments muqueux, et sans le moindre mélange de bile, de sang ou de substances alimentaires. La quantité de matières vomies diminue avec le temps, et si cela dure quelques heures, il sort à la fin, et avec de grands efforts, quelques mucosités. Ces accès de vomissements sont accompagnés et suivis de soif vive, de constipation opiniâtre et d'une forte réaction fébrile. La durée est variable, mais rarement les crises durent plus de quarante-huit heures; souvent elles se terminent en dix-huit ou vingt-quatre heures. Pendant l'accès, il y a d'ordinaire une grande pâleur, de l'abattement et une expression de physionomie qui rappelle tout à fait le choléra. M. Lombard a observé cette affection dans toutes les saisons, le plus fréquemment chez des enfants de cinq à sept ans, rarement au delà de douze à quatorze ans. Un des caractères les plus frappants de cette maladie, c'est la fréquence des récidives. Tous ses malades ont eu de ces accès pendant plusieurs années, par intervalles de quelques semaines; chez l'un d'eux, ils étaient très-violents et durèrent une douzaine d'années.

M. Lombard a opposé à cette maladie toute sorte de remèdes, et cela pendant bien des années; à la fin il parvint toujours à calmer les accès, sans pouvoir en prévenir le retour; il ne peut donc proposer de traitement rationnel. Après bien des tâtonnements, l'expérience lui a prouvé que pendant l'accès, le mieux est de ne donner aucune boisson, ni aucun médicament, quelque pénible que soit pour l'enfant cette privation. Quand le repos est venu, on peut, par intervalle, donner une petite cuillerée d'eau à la glace, et si pendant huit ou douze heures, il n'y a pas eu de nouveaux vomissements, donner quelques cuillerées de lait froid ou de bouillon de poulet. M. Lombard recommande ces essais comme étant de la plus grande importance, une nourriture trop précipitée ou trop substantielle provoquant facilement le retour des vomissements. Il est rare, ajoute-t-il, qu'après la cessation de ceux-ci, les fonctions intestinales se rétablissent spontanément, et si un seul lavement ne suffit pas, il faut donner l'huile de ricin, la manne, etc. (*Journ.*

Für Kinderkrank et *Uni. medic.*, septembre 1862.)

Surdité (*Encore un mot sur l'emploi de l'éther et du chloroforme comme traitement de la.*) Pendant que M. Berlemont venait protester dans ce journal contre le dédain dans lequel on a tenu l'enseignement que nous a fourni la pauvre institutrice, Mlle Cléret, un médecin allemand, M. Hœring, de Heilbronn, venait de son côté chercher à rappeler l'attention de ses confrères sur cette médication. Les résultats de son expérimentation confirment de tout point ceux obtenus par notre correspondant, et comme les deux opinions reposent sur des observations faites à une grande distance les unes des autres, et par deux médecins qui n'ont eu aucun rapport entre eux, il est raisonnable de conclure à l'utilité du remède de Mlle Cléret dans un certain nombre de cas.

Quand il y a des bourdonnements ou des douleurs de l'oreille avec une surdité plus ou moins développée, phénomènes dus à une cause rhumatismale, de même que dans ceux où une surdité nerveuse provient d'un trouble de l'innervation, l'usage prolongé d'instillations d'éther sulfurique dans le conduit auditif externe a eu, entre les mains de M. Hœring, de bons résultats. S'il y a des otorrhées chroniques, elles doivent être préalablement traitées par des injections de dissolutions très-faibles de sublimé, d'iodure de potassium ou de tannin.

Au début, l'auteur faisait instiller 4 gouttes d'éther sulfurique par jour; puis, après 6 à 8 jours, 5 gouttes, et peu à peu de 6 à 10 par oreille. Les premières fois, il survenait souvent des douleurs de peu de durée; dans le seul cas où elles augmentèrent, chaque fois il ajouta à l'éther parties égales de glycérine.

Un fait non moins curieux est que ce médecin, de même que M. Lélut, a été témoin d'un cas dans lequel, à la suite de frictions avec un mélange de chloroforme et d'huile pratiquées sur la face d'un sourd affecté de névralgie, il a été témoin d'une amélioration très-remarquable de l'ouïe; aussi M. Hœring, comme M. Lélut, pense que le chloroforme a une analogie d'action dans ce genre d'affection. (*Abeille médicale*, novembre.)

Ténia (*Nouveau cas de*) *expulsé à la suite de l'administration des semences de citrouille.* Après les faits nombreux de succès que nous avons enregistrés à l'appui de cette médication, nous pensions n'avoir plus besoin d'en produire de nouveaux. Il paraît qu'il n'en est rien! Mais est-ce bien seulement au chiffre des observations publiées que les enseignements thérapeutiques doivent leur entrée dans la pratique courante? La variété des doses employées par les expérimentateurs ne vient-elle pas détruire en partie l'encouragement que le nouveau fait de succès apporte à l'essai du nouveau remède? Nous le croyons. Ainsi, rien de plus divers que les quantités prescrites; nous les voyons osciller entre 40 et 100 grammes. Dans les deux cas où nous avons expérimenté ces semences, nous les avons données à la dose de 60 grammes, et le ténia a été rendu chaque fois. L'innocuité du remède nous porterait à accepter les 100 grammes recommandés par notre savant correspondant M. Girard. Puisqu'on demande des faits nouveaux, en voici encore un fourni par M. Tarneau: Une jeune fille de treize ans, lymphatique, rendait depuis longtemps des anneaux de ténia. Sur le conseil de M. Tarneau, son médecin, M. Vitrac lui fait administrer 150 graines de citrouille pilées avec du sucre et délayées ensuite dans une tasse de lait. La petite malade qui, la veille, avait été soumise à la diète, absorbe avec avidité le brouet que sa mère avait préparé elle-même. Deux heures après, elle prenait 20 grammes d'huile de ricin, et dans la journée, elle rendait un ténia de deux mètres et demi, avec sa tête. Pourquoi se borner à donner le nombre de graines et ne pas indiquer en même temps le poids? Ces semences varient suivant le fruit qui les a fournies. (*Gaz. des hôpitaux*, octobre 1862.)

Vice de conformation *des organes génito-urinaires. Imperforation du vagin.* Il y a deux circonstances dans lesquelles le praticien est autorisé à pratiquer une opération pour rendre à la femme la plénitude de l'exercice des fonctions génératrices; ce sont celles dans lesquelles le vagin imperforé ou seulement un peu rétréci, et étant lui-même dans des conditions à peu près normales d'une part, correspond d'autre part à une matrice bien conformée et bien située, comme dans le cas suivant, qui est

une application très-juste de ce précepte.

Mme Ch***, âgée de vingt ans, éprouve chaque mois, depuis l'âge de quatorze ans, des troubles dans la santé, caractérisés par de violentes douleurs à l'hypogastre, aux aines, à la région sacro-lombaire, avec envies fréquentes et difficultés d'uriner, en même temps que des céphalalgies, des éblouissements, des oppressions, des nausées, des vomissements, et enfin un état de faiblesse et de malaise général très-remarquable. Ces troubles persistent pendant quatre ou cinq jours, et sont remplacés par un écoulement de sang pur, qui a lieu par le rectum, sous la forme d'un flux hémorrhoïdal; après quoi tout rentre dans l'état normal, et toute souffrance cesse jusqu'à la réapparition des mêmes phénomènes le mois suivant, à l'époque des menstrues. Elle fut traitée sans succès à diverses reprises, et l'on insinua que le mariage pourrait avoir pour sa santé des résultats favorables; cet événement désiré arriva. Mais alors un incident imprévu se présenta; le coït fut tenté plusieurs fois inutilement, et le mari voyant l'impossibilité de l'accomplir, se décida à demander conseil à M. Beyran. Notre confrère examina Mme Ch***; voici ce que cet examen fit constater :

Toutes les parties génitales externes sont rouges, un peu tuméfiées et très-douloureuses au toucher. Le clitoris paraît d'un volume un peu exagéré. L'orifice externe du canal de l'urètre n'est pas visible comme à l'ordinaire. A 3 centimètres environ de l'ouverture vulvaire existait une cloison membraneuse fermant complétement cet orifice. Par le toucher rectal, on s'assurait de l'existence d'une matrice normale dont le col semblait enveloppé par un cordon cylindrique. L'inspection à l'aide du spéculum était impossible. En écartant les deux lèvres, on pouvait entrevoir, au fond du cul-de-sac membraneux fermant l'entrée du vagin, un petit canal ou pertuis dans lequel un stylet pénétrait à 1 centimètre environ. Au-dessus de ce détroit se trouvait un petit orifice laissant pénétrer une sonde flexible de 4 millimètres, à une profondeur de 50 millimètres; c'était le canal de l'urètre qui se trouvait en arrière, comme toutes les autres parties qui constituent les organes génitaux externes de la femme. L'exploration du rectum permettait de découvrir, à la paroi antérieure de cet intestin, une ouverture anormale ou fistule admettant l'extrémité d'une sonde, par laquelle on pouvait injecter une centaine de grammes d'eau tiède, qui, pénétrant dans le vagin, le faisait dilater de manière à pousser d'arrière en avant le cul-de-sac membraneux du vagin.

Ayant ainsi constaté qu'il y avait un vagin libre derrière la cloison anormale, M. Beyran se crut suffisamment autorisé à essayer de rectifier l'entrée du vagin, et il y procéda de la manière suivante :

Une sonde fut introduite dans l'urètre, en même temps que 150 grammes d'eau tiède furent injectés par la fistule dans le vagin, de manière à refouler d'arrière en avant la cloison membraneuse ou le cul-de-sac de l'entrée du vagin; cela fait, il pratiqua avec un trocart la ponction du petit pertuis qui se trouvait au fond de cette cloison. Aussitôt tout le liquide injecté par la fistule s'écoula par la canule du trocart. Cette canule retirée, il introduisit une sonde, qui parcourut facilement toute l'étendue du vagin. Assuré ainsi qu'il pourrait tenter avec succès d'établir l'entrée du vagin, M. Beyran agrandit avec le bistouri l'ouverture faite par le trocart, par un débridement circulaire, de manière à obtenir une ouverture suffisante. Le doigt introduit par cette issue put facilement explorer toute l'étendue du conduit vaginal jusqu'au col de la matrice, qui était dans une situation normale. L'index retiré de cette ouverture fut remplacé par une grosse mèche enduite de cérat. Ce pansement fut continué pendant deux semaines. Le seizième jour, les menstrues se montrèrent, et, pour la première fois, le sang sortit au dehors par l'orifice du vagin. Pendant une semaine, on eut recours à l'emploi de l'éponge préparée, afin d'élargir davantage cet orifice. Enfin, au bout d'un mois, ayant obtenu un diamètre capable d'admettre facilement un spéculum, le mari a pu accomplir le coït sans provoquer de douleur. Quant à la fistule recto-vaginale qui persiste, elle sera opérée plus tard. (*Gaz. des hôpitaux,* septembre 1862.)

VARIÉTÉS.

RESTAURATION DE L'ORGANE DE LA VISION.

Il n'est aucune des difformités des organes des sens ayant leur siége à la face qui réclame d'une façon plus impérieuse l'intervention des secours de la chirurgie réparatrice que celles de l'appareil de la vision. L'intégrité des parties accessoires y prend une valeur des plus considérables; ainsi, les paupières ne concourent en rien à la fonction de la vue, et cependant leur destruction ne tarde pas à entraîner la perte du globe oculaire.

L'étude des lésions de cet appareil nous fournit en outre des exemples de l'application de pièces de prothèse propres à parer, soit exclusivement à la fonction de la vue, les *lunettes*, soit à la forme de l'organe détruit, l'*œil artificiel*.

Enfin, il n'est pas jusqu'à la malformation de certaines parties voisines qui ne puisse venir jeter du trouble dans le jeu de la fonction, comme l'exubérance des téguments du grand angle de l'œil que l'on désigne sous le nom d'*épicanthus*, et qui ne réclame, par cela même, l'intervention de l'art.

Cette simple énumération, tout incomplète qu'elle est, suffit pour montrer l'étendue et la variété des secours réclamés.

Au point de vue où nous nous sommes placé, nous devons appesantir notre examen sur les lésions qui exigent spécialement l'emploi d'appareils mécaniques; c'est donc de l'œil artificiel et des services qu'il peut rendre qu'il sera surtout question dans cet article.

De l'œil artificiel considéré comme écran.

Quoique ombragés par le sourcil et voilés par les paupières, les yeux brillent de tant de lumière et répandent tant d'éclat par leur transparence, par le contraste de leur couleur, par leur mobilité, qu'ils dominent toutes les autres parties de la physionomie. Aussi la perte de l'un des yeux crée une telle difformité, qu'on a senti de tout temps le besoin de céler cette mutilation. Nous n'avons plus à faire la preuve de la réalité des ressources de la prothèse oculaire : les détails dans lesquels nous sommes entrés ne peuvent laisser aucun doute à cet égard (*Bulletin de Thérapeutique*, t. LXI, p. 476); mais il nous reste, pour compléter notre œuvre, à fournir quelques exemples des services rendus par cette branche de la prothèse.

Nous commencerons par dire un mot des *résultats remarquables qui suivent l'usage d'un œil artificiel, dans les cas de destruction incomplète de la cornée.*

Souvent il arrive, dans les ophthalmies externes qui amènent la destruction de la cornée, que cette partie n'est pas complétement désorganisée, et qu'elle laisse pénétrer encore quelques rayons lumineux à l'intérieur de l'œil. La rétine n'étant pas paralysée, les malades perçoivent un reste d'impression qualitative de la lumière, et l'observation clinique démontre que cette impression sensorielle incomplète réagit sur la vision de l'œil sain. Les troubles de la vue finissent par devenir assez intenses pour forcer les individus à réclamer des conseils ; la nature du phénomène morbide est le plus souvent méconnue ; de là des traitements inefficaces, quand ils ne sont pas dangereux. Nous faisons allusion ici à cette chirurgie, intempérante d'action, qui ne craint pas d'aller jus-

qu'à extirper l'œil malade ; bientôt elle prescrira d'amputer le doigt, dès qu'une épine s'y sera implantée, afin de remédier au mal d'une façon plus certaine.

Le moyen le plus simple et le plus efficace de prévenir ces troubles et d'y mettre fin, quand ils existent, est l'emploi de l'œil artificiel. La coque d'émail est alors une sorte d'*écran* qui s'oppose à l'entrée de la lumière, et l'on pare du même coup et à l'infirmité et à la difformité.

L'œuvre prothétique est toujours délicate dans ces circonstances. La condition de la tolérance d'une coque artificielle par le globe oculaire réside dans la destruction de la cornée ; c'est en effet dans cette partie que siége l'extrême sensibilité de l'organe au contact des corps étrangers. Lorsque la cornée n'est pas complétement désorganisée, l'application d'un œil artificiel n'est donc possible qu'autant que la face postérieure de la pièce présente une cavité disposée de façon à ne pas toucher la partie restée sensible. Un artiste habile parvient toujours à triompher de cette difficulté, qui parfois, nous devons le reconnaître, est considérable.

Dès que la pièce a été portée quelque temps, les malades ne tardent pas à vous dire : « Je ne sais à quoi rapporter l'amélioration de ma vue, mais il est incontestable que depuis que je porte ma pièce artificielle j'y vois mieux. »

En voici un exemple :

Cas. *Perte de l'œil droit ; globe peu atrophié ; staphylôme de l'iris et de la cornée ; impression sensorielle de cet organe gênant la fonction de l'œil sain. — Adaptation d'un œil artificiel ; amélioration rapide de la vue.* — Marie G***, âgée de dix-neuf ans, est admise, en mai 1862, dans le service des femmes de l'hôpital des Cliniques, pour un staphylôme de l'iris et de la cornée. La perte de l'œil remonte à deux mois ; elle a été provoquée par une violente ophthalmie interne. Bien que la fonction visuelle soit complétement abolie et ne permette plus à la malade de distingner aucun objet avec cet organe, elle perçoit encore une impression qualitative, et peut indiquer de quel côté la lumière pénètre dans la salle. Ce reste d'impression sensorielle suffit pour gêner l'exercice de l'œil sain, mais la malade n'en a pas connaissance encore, puisqu'elle n'a pas repris ses travaux. Elle s'est présentée à l'hôpital seulement pour se faire enlever sa tumeur, opération indispensable, lui a-t-on dit, ponr qu'on puisse lui poser un œil artificiel. M. Nélaton, avant de rien entreprendre à cet égard, fait mander M. Boissonneau fils, afin de savoir de lui s'il ne lui serait pas possible d'adapter une coque artificielle, sans qu'il eût à réséquer le staphylôme cornéen, et, sur sa réponse affirmative, il lui confie la jeune fille.

L'œuvre prothétique était délicate : le globe oculaire était peu atrophié, et de plus, la cornée, complétement désorganisée, présentait un staphylôme très-étendu, à la surface duquel on remarque trois points moins solidement cicatrisés, par lesquels l'iris fait hernie. De plus, l'ouverture palpébrale est sur un plan horizontal inférieur à celle de l'œil sain ; ce qui arrive toujours lorsque, pendant le cours de l'ophthalmie, l'œil a acquis un développement qui dépasse son volume normal. Telles étaient les conditions dans lesquelles se trouvait la région oculo-palpébrale, lorsque M. Boissonneau fut appelé à adapter un œil artificiel. Pour répondre à ces particularités organiques, cet artiste dut construire une pièce qui ne pût exercer sur le staphylôme, comme sur les autres parties du globe, qu'une pression légère et régulière, et il ménagea même, dans la partie de la pièce qui devait correspondre au staphylôme, une concavité destinée à recevoir cette saillie cornéenne, afin de prévenir toute cause d'inflammation du bulbe oculaire. L'essai fut couronné d'un succès com-

plet. La malade supporta la pièce sans aucune gêne, et au bout de quelques jours, lorsqu'elle y fut complétement habituée, elle nous assura qu'elle était plus à son aise avec son œil artificiel. Ce qui la frappait davantage et dont elle ne pouvait se rendre compte, était l'amélioration qui se produisait dans la vue de l'œil sain. Du reste, ce phénomène n'était pas mieux compris par plusieurs des jeunes médecins qui, pour la plupart, assistaient pour la première fois à l'adaptation d'une pièce artificielle.

Le seul desideratum que laissât l'œuvre prothétique était la situation un peu basse de l'ouverture palpébrale. Ce n'était pas la faute de l'artiste, et le temps seul pouvait faire disparaître la différence de niveau des deux fentes palpébrales. Le développement anormal des paupières par un globe oculaire démesurément gros est un phénomène morbide analogue à celui de l'ampliation des parois abdominales, dans les cas d'ascite, et il faut qu'un certain temps s'écoule avant que les tissus aient repris leur tonicité première.

Lorsque la malade quitta l'hôpital, deux mois après son entrée, le staphylôme semblait avoir diminué, les hernies ne faisaient plus saillie, et les points de la cornée qui leur livraient passage présentaient des cicatrices plus solides.

Dans le cas de la malade du service de M. Nélaton, l'emploi de l'œil artificiel doit être considéré comme un moyen préventif des troubles de la vue ; la perte de l'œil ne remontait qu'à deux mois. Mais il peut arriver, ainsi que je l'ai dit, que ces troubles deviennent plus intenses et que la nature du phénomène morbide échappe à la sagacité du médecin, et alors des médications inutiles interviennent. Voici l'histoire d'une dame qui est restée confinée dans son appartement pendant huit années, et qui, cinq jours après l'application d'un œil artificiel, reprenait sa vie ancienne.

Obs. *Destruction incomplète de la cornée. — Troubles fonctionnels de la vue de l'œil sain, réclamant la séquestration de la malade pendant huit années. — Application d'une pièce artificielle ; guérison rapide.* — Mme X***, parente de l'une de nos célébrités médicales, à la suite d'une ophthalmie intense, perdit l'œil droit, en 1848. Quoique la vue fût abolie, comme la cornée n'était pas entièrement désorganisée, l'impression sensorielle persista assez pour troubler la fonction de l'œil resté sain. De plus, cet organe était si sensible à l'action du vent, du froid et de l'humidité, que, malgré l'emploi de lunettes bleues très-foncées, elle souffrait au point qu'elle finit par se confiner dans son appartement. Tous les moyens employés par son médecin restèrent sans effet, et elle se croyait atteinte d'un mal incurable. Enfin, après une réclusion de huit années, dans une obscurité presque complète, elle se décida à venir consulter à Paris. Son parent l'adressa à M. Desmarres, qui, ne trouvant aucune inflammation du globe oculaire détruit, lui conseilla d'essayer l'emploi d'un œil artificiel et l'adressa à M. Boissonneau fils.

L'œil n'avait perdu qu'un cinquième environ de son volume, de sorte que la cornée, non complétement désorganisée, étant demeurée très-sensible, la pièce prothétique dut être construite de manière à éviter tout contact avec cette partie. Après quelques tâtonnements, l'habile artiste arriva à fabriquer une coque d'émail que la malade put porter et qu'elle garda d'abord une heure, puis deux. Enfin le cinquième jour elle conserva sa pièce toute la journée. Sous l'influence de l'action de cette sorte d'écran, les accidents cessèrent très-promptement, et la santé et le moral ne tardèrent pas à revenir ce qu'ils étaient autrefois.

Voici sept années que cette dame porte son œil artificiel, et elle a repris ses anciennes habitudes. Elle se promène par tous les temps, va dans le monde; ni les injures du temps, ni l'éclat des lumières ne l'impressionnent.

L'extirpation du globe oculaire n'eût pas eu un résultat plus complet, au point de vue du retour de la santé, mais il n'en eût pas été de même au point de vue de l'adaptation de l'œil artificiel.

Nous ne voulons pas aborder, à propos d'un fait de prothèse, la question de l'opportunité de l'extirpation du globe oculaire détruit, dans les cas où la lésion de cet œil réagit sur la fonction de l'organe sain. Une question si importante, si grave, demande à ne pas être discutée d'une manière incidente et nous y reviendrons plus tard; mais nous croyons devoir, ne fût-ce qu'à titre de document, citer ici un cas d'insuccès de cette pratique, et qui sera en même temps un exemple des rares conditions qui s'opposent aux bénéfices de la prothèse oculaire.

Obs. *Accidents névralgiques compliqués d'une concrétion oculaire. — Extirpation de l'œil. — Impossibilité de l'intervention de la prothèse. —* Mme X***, riche Espagnole, âgée de cinquante ans, éprouvait de temps à autre, depuis plusieurs années, des accidents névralgiques dans la région oculo-palpébrale droite, lorsqu'en 1860, pendant un voyage qu'elle fit en Allemagne, son œil fut affecté d'une vive inflammation. Elle était peu éloignée de Berlin et se hâta de se rendre dans cette ville afin de se confier aux soins du professeur Graëfe. Le savant ophthalmologiste ayant cru reconnaître que les accidents étaient provoqués par la présence d'une concrétion calcaire, proposa à la malade de lui pratiquer l'extirpation du globe oculaire. L'opération fut faite par la méthode de Bonnet, de Lyon; le globe fut énucléé, et la presque totalité de la conjonctive, ainsi que tous les muscles furent conservés. La malade guérit promptement, et la cavité qui restait sous les paupières permettait la facile adaptation d'un œil artificiel. Cette dame se hâta de venir à Paris pour jouir plus sûrement des bénéfices de la prothèse. Dès son arrivée, deux mois après l'opération, Mme X*** fut conduite chez M. Boissonneau fils par M. le docteur Dunglas, qui lui avait donné plusieurs fois des soins pendant son séjour à Paris.

La cavité oculo-palpébrale était, nous l'avons dit, dans les meilleures conditions que puisse fournir l'opération qui avait été pratiquée; il n'y avait plus d'inflammation, le travail de la cicatrisation était complet, et le petit moignon, formé au fond de l'orbite par les muscles réunis, avait conservé assez de mobilité pour en communiquer un peu à la pièce artificielle. Tout, en un mot, laissait espérer un des résultats les plus complets que l'on puisse obtenir après l'extirpation du globe faite habilement et bien réussie. Malade, médecin, oculariste ne doutaient aucunement du succès; il n'en fut rien.

Les premiers yeux essayés par M. Boissonneau furent supportés sans aucune gêne; puis leur volume fut augmenté d'une façon progressive et avec précaution, sans leur donner toutefois les dimensions de l'œil sain. Ces essais furent acceptés avec reconnaissance, car l'œil artificiel, en écartant les paupières, empêchait les cils d'irriter la conjonctive; mais le succès ne fut pas de longue durée, et cette dame dut renoncer aux bénéfices de la prothèse. Malgré l'usage de pièces plus petites et habilement adaptées, ne causant ni pression sur le moignon oculaire, ni tiraillement des paupières, la gêne augmenta, la muqueuse s'irrita et les douleurs névralgiques reparurent. Bien des essais de

traitement spécial furent tentés sans aucun avantage, et depuis deux années, cette dame ne peut supporter sa pièce artificielle plus d'une heure, et encore à la condition de ne pas la porter tous les jours.

Cet insuccès de la prothèse est un fait exceptionnel, je l'avoue; toutefois, j'ai cru devoir le citer pour montrer la réserve dans laquelle on doit se tenir lorsqu'il s'agit d'enlever le globe oculaire.

De la disposition des coques artificielles dans les cas d'adhérences des paupières avec le moignon oculaire.

Parmi les lésions qui souvent compliquent la perte de l'œil, il n'en est pas qui rendent l'œuvre de la prothèse plus laborieuse que la présence de brides ou d'adhérences entre les paupières et le globe oculaire. En effet, lorsque ces adhérences sont nombreuses, la coque artificielle jouit de peu de mobilité, par la raison que le moignon lui-même, agent principal des mouvements de la pièce, est immobilisé par ces cicatrices. D'un autre côté, si le globe oculaire est fortement atrophié, la difficulté augmente; car les paupières sont entraînées en arrière, et la pièce artificielle est impuissante à les ramener en avant et ne peut leur rendre leur saillie normale.

On comprend que, pendant longtemps, les chirurgiens se soient obstinés à vouloir détruire ces obstacles afin de faciliter l'adaptation des pièces artificielles; mais leurs tentatives à cet égard ne faisaient que rendre la tâche des ocularistes plus difficile, quand ils ne la rendaient pas impossible.

Nous ne craignons pas d'insister sur les résultats fâcheux même des méthodes opératoires des plus vantées, car cette grave erreur est loin d'être encore détruite par les insuccès répétés. Nous pourrions en produire des témoignages récents, car hier encore nous avons été consulté par une pauvre fille qui, depuis six mois, attend avec impatience qu'on ait paré à sa difformité pour reprendre sa place. Ce déplorable résultat tient à ce que l'oculiste, entre les mains duquel elle a eu le malheur de tomber, s'obstinait à vouloir lui appliquer une de ces pièces de pacotille qu'il applique d'habitude à ses malades. Je l'ai adressé à M. Boissonneau fils, et avant quinze jours elle aura repris ses travaux. Il est grand temps, car ses ressources sont épuisées.

Il faut donc que les chirurgiens se pénètrent de cette vérité, que toutes leurs tentatives de destruction du symblépharon sont inutiles, surtout lorsque l'adhérence palpébro-oculaire part du fond sillon conjonctival; que le plus simple, lorsqu'on a en vue l'application d'une pièce prothétique, est de laisser à l'ingéniosité de l'artiste chargé de poser l'œil artificiel, le soin de ménager dans les bords de la coque d'émail des échancrures dans lesquelles viendront se loger les brides cicatricielles. Ces lésions, bien que gênantes et rendant plus difficiles l'adaptation des pièces, ne sont pas des obstacles insurmontables, car elles s'observent le plus souvent à la paupière inférieure. Nous allons en fournir la preuve par les observations suivantes :

Obs. *Atrophie de l'œil, compliquée d'adhérence du fond du sillon conjonctival supérieur avec le moignon oculaire.*— M. X***, notaire, âgé de vingt-neuf ans, reçut à la chasse un grain de plomb qui pénétra dans l'œil gauche, après avoir perforé la paupière supérieure près de l'angle interne. Le globe oculaire fut détruit, et perdit par l'atrophie la moitié environ de son volume normal, tandis que, dans le point traversé par le grain de plomb, il se produisit une adhérence entre la paupière et le globe. La blessure avait intéressé le fond du sillon conjonctival.

La longue durée de l'inflammation oculaire ne permit à M. X*** de venir réclamer le secours de la prothèse que quatre mois après la guérison de sa blessure, c'est-à-dire après l'atrophie du globe. Les paupières étant restées pendant ce temps affaissées sur le moignon oculaire, leurs tissus s'étaient rétractés, ce qui leur avait fait perdre une partie de leur étendue. La pièce artificielle devait donc répondre à deux indications : s'adapter sur la bride, sans produire plus de pression sur ce point que sur les autres parties du sillon conjonctival, et, de plus, contribuer à faire regagner aux paupières leur ampleur primitive et la conserver ensuite. L'échancrure que l'on remarque en A (fig. 1) est destinée à recevoir l'adhérence, tandis que la dépression que l'on voit en E vient se placer à cheval sur le pli que la conjonctive forme assez fréquemment après l'atrophie du globe. Cette disposition a pour but de maintenir les deux angles des paupières dans un degré d'écartement en harmonie avec celui des commissures de l'œil sain et que la traction opérée par la bride cicatricielle vers l'angle opposé tendait à lui faire perdre.

Cette pièce est mobile, ne cause aucune gêne, et M. X*** fait usage de ce même modèle depuis huit ans.

Obs. *Destruction de l'œil ; double bride cicatricielle de la paupière inférieure. — Double échancrure du rebord de la pièce.* — M. de X***, dans une partie de chasse, eut son fusil qui lui éclata dans les mains. Un fragment du canon vint lui faire à l'œil droit une double blessure qui intéressa à la fois la paupière

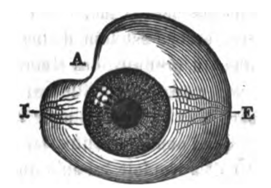


Fig. 1.

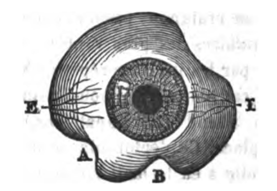


Fig. 2.

inférieure et le globe ; celui-ci fut détruit, et les deux plaies de la paupière donnèrent naissance à deux brides cicatricielles comprenant toute la profondeur du sillon conjonctival, et situées l'une près de la commissure externe, l'autre au tiers externe de ce voile. M. le professeur Nélaton, qui donna ses soins au malade, respecta ces adhérences, convaincu que M. Boissonneau triompherait de cette difficulté.

La figure 2 représente la pièce que cet artiste a fabriqué pour ce cas. Les deux échancrures A et B, que l'on voit à la partie inférieure et externe du bord de la pièce, correspondent aux deux brides, qu'elles recouvrent sans les irriter ; le globe oculaire, ayant conservé plus de la moitié de son volume normal, communique à la pièce une mobilité très-satisfaisante.

M. de X*** porte cette pièce depuis deux ans et demi.

Dans les cas de brûlure, la cicatrice est généralement plus étendue que lorsqu'elle est le résultat d'une violence traumatique. Une simple échancrure ne suffit plus alors ; il faut que le bord de la pièce qui correspond à l'adhérence palpébrale, soit disposé de façon à poser sur cette adhérence sans y provoquer d'inflammation.

Obs. *Œil détruit par une brûlure. — Symblépharon réunissant la paupière*

inférieure au globe dans la moitié externe de son étendue. — M. de X***, âgé de trente ans, professeur de chimie dans une Université italienne, était un jour dans son laboratoire, occupé à faire une expérience, lorsque le matras qui renfermait sa préparation et qu'il venait de mettre sur le feu, fit explosion. Quelques gouttes d'acide furent projetées dans son œil gauche, et, malgré les moyens qu'il mit immédiatement en usage pour en neutraliser les effets, la cornée de cet œil fut détruite, la vision abolie, et, enfin, la paupière inférieure se souda partiellement au globe. Le professeur Marcacci. de Pise, fut appelé à donner ses soins au malade, et lorsque celui-ci fut guéri, il l'adressa à M. Boissonneau.

La figure 3 représente l'œil artificiel que cet artiste a exécuté dans le but de masquer la difformité de ce blessé : sa conformation générale est celle d'une pièce qui doit être appliquée sur un moignon oculaire volumineux; seulement, son bord inférieur est largement échancré, afin de s'adapter sur le symblépharon. Grâce à cette disposition, l'usage de la pièce est aussi facile que si aucune complication n'existait, car la coque artificielle est égale en volume à l'œil sain, et sa mobilité presque aussi prononcée.

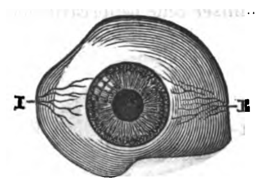


Fig. 3.

Ces brides et ces adhérences peuvent être encore le résultat de l'emploi mal réglé des yeux artificiels. Nous allons en fournir des exemples, car on ne saurait trop prémunir les malades contre ces suites fâcheuses de l'usage des pièces destinées à parer à leur difformité.

Lorsque l'œil artificiel est bien fait et adapté dans de bonnes conditions, et que son usage est conduit avec la prudence qu'indique le plus simple bon sens, il ne donne jamais lieu à aucun inconvénient, et l'on peut dire que son innocuité est absolue. Mais si, au contraire, on se laisse appliquer une pièce dont la fabrication laisse à désirer, si elle est mal adaptée, surtout si la coque est volumineuse, et si, enfin, son usage est prolongé, alors que l'usure a détruit le poli de l'émail et rendu sa surface rugueuse et son bord inférieur tranchant, ou encore si on négligeait habituellement de l'ôter pendant la nuit; on doit s'attendre à des accidents dont le résultat est presque toujours la déformation de la cavité oculo-palpébrale. C'est d'ordinaire le sillon inférieur qui devient le siége des premiers accidents. La muqueuse se gonfle, circonstance qui augmente encore la pression que le bord de la pièce exerce sur le point malade, lequel ne tarde pas à s'excorier. A ce premier effet vient s'ajouter l'action de la surface dépolie de l'émail sur la conjonctive palpébrale, et sous l'influence de ce double traumatisme, des végétations commencent à se former; ces productions affectent le plus souvent la forme de bourgeons, souvent pédiculés. Les malades consultent leur médecin, qui excise les végétations, et il en résulte des cicatrices qui, diminuant l'étendue de la cavité, obligent à réduire le volume de la pièce.

Lorsque ces accidents se reproduisent plusieurs fois, la cicatrisation procédant du fond des sillons palpébraux, ceux-ci finissent par se remplir peu à peu, et l'on voit alors les paupières se réunir avec le globe dans presque toute leur étendue, comme dans les cas de brûlure.

Obs. *Symblépharon causé par l'usage d'yeux artificiels trop volumineux et détériorés.* — Mme X***, âgée de trente ans, par une insouciance impardonnable, et malgré les avertissements répétés que lui fournissaient les accidents

produits par l'emploi trop prolongé de ses pièces artificielles, laissa se développer un symblépharon tellement étendu, qu'elle dut renoncer au bout de dix années aux bénéfices de la prothèse et reprendre l'usage du bandeau.

Cette femme tient un des magasins les mieux achalandés de la Chaussée-d'Antin, elle était désespérée de ce résultat. Une de ses clientes me l'adressa dans l'espérance que je pourrais lui indiquer un artiste assez habile pour parer de nouveau à sa difformité. J'examinai cette malade, et constatant qu'à la partie moyenne du sillon inférieur il existait encore un point qui n'avait pas été comblé par le travail de cicatrisation, je pensai que M. Boissonneau fils pourrait utiliser cette petite cavité pour l'adaptation d'un œil artificiel.

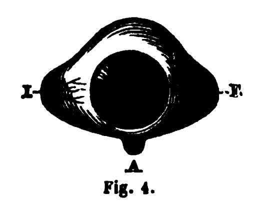


Fig. 4.

La figure 4 indique à la fois et la forme et le volume de la pièce construite par cet artiste. On voit à la partie inférieure le petit appendice A, qui, introduit dans le seul point persistant du sillon inférieur, sert à fixer cette partie de la pièce. Le sillon oculo-palpébral supérieur avait également beaucoup perdu de sa profondeur, ainsi que l'indique le peu d'étendue du segment sclérotical supérieur de cette pièce.

Eclairée par une expérience si chèrement payée, cette femme renouvelle sa pièce artificielle en temps utile, et depuis plus de huit ans elle fait toujours usage du même modèle.

D'autres fois, surtout lorsque le globle oculaire est fortement atrophié, il se produit, sous l'influence des mêmes causes, des espèces de bourrelets qui affectent des formes très-irrégulières. Dans ces cas, la construction des pièces artificielles devient une œuvre des plus délicates et qui réclame de l'artiste une grande habileté.

Obs. *Atrophie considérable de l'œil, production d'un bourrelet dans le sillon oculo-palpébral amené par l'usage de pièces trop longtemps portées.* — Mme X***, maîtresse de piano, perdit l'œil droit à la suite d'une ophthalmie aiguë, survenue à l'âge de cinq ans. Quatre années seulement après cet accident, on commença l'essai d'yeux artificiels, mais l'incurie des parents fit que ces pièces furent rarement remplacées en temps convenable ; aussi lorsque cette dame atteignit sa dix-neuvième année, elle se vit menacée de renoncer à leur usage. Par suite de l'irritation causée par le bord inférieur des coques trop volumineuses et dont l'émail était usé, il s'est formé une grosse bride cicatricielle, en forme de bourrelet, sur laquelle les pièces ne pouvaient prendre un point d'appui solide. Tout mouvement un peu brusque chassait l'œil artificiel de la cavité oculo-palpébrale, et le plus souvent la malade n'avait d'autre moyen pour cacher sa difformité que de faire usage d'un bandeau.

Mme X*** était arrivée à une époque de sa vie où il lui importait le plus de conserver la régularité de ses traits. Elle se destinait à l'enseignement de la musique et n'avait d'autres ressources que son talent sur le piano. Sa carrière était donc brisée si elle ne parvenait pas à s'affranchir de son bandeau. Après avoir essayé inutilement des pièces fabriquées par plusieurs ocularistes, elle vint trouver M. Boissonneau fils, qui, plus heureux que ses confrères, lui créa un modèle dont elle use encore aujourd'hui qu'elle a vingt-neuf ans. Le mot *heureux*, appliqué à la tentative de M. Boissonneau, n'est pas l'expression propre, car cet artiste n'a pas hésité à consacrer moins de six mois à préparer son

succès et a construit plus de trente coques de formes différentes, avant d'en obtenir une qui fût conservée sans gêne et même sans fatigue par sa malade.

Le dessin que nous donnons de cette pièce, vue de profil et par son côté externe (fig. 5), fait voir que sa forme s'éloigne beaucoup de celle des yeux artificiels dont nous avons parlé jusqu'ici. Voici les circonstances anatomo-pathologiques qui réclamaient cette disposition.

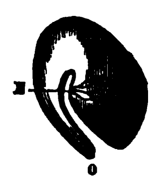


Fig. 5.

Nous avons dit que cette dame avait perdu son œil en bas âge, et que ce n'était que plusieurs années après l'accident qu'on avait commencé l'usage d'un œil artificiel. Or, l'atrophie du globe détruit, d'une part, et l'absence de toute pièce prothétique pendant quatre années, avaient suffi pour amener un notable arrêt de développement de la cavité orbitaire. Qu'on ajoute à cela la présence de nombreuses brides cicatricielles, presque toutes en forme de bourrelet, qui avaient été produites par l'usage trop prolongé des premières pièces, et l'on s'expliquera le rétrécissement notable que présentait la cavité oculo-palpébrale. L'obstacle le plus considérable au succès de l'œuvre prothétique était une grosse bride qui remplissait à elle seule tout le sillon conjonctival inférieur, et s'étendait d'un angle de la cavité à l'autre.

M. Boissonneau dut se livrer tout d'abord à un travail préparatoire destiné à dilater la cavité, de façon à lui permettre de recevoir une coque dont le volume apparent fût en harmonie avec celui de l'œil sain, puis de former un point d'appui solide et non susceptible de s'irriter. Il atteignit ce but, en provoquant la création d'un sillon artificiel en arrière du bourrelet, qui, nous l'avons dit, occupait toute l'étendue et la profondeur du sillon conjonctival inférieur. La pièce vint s'appuyer et s'accrocher en même temps dans ce nouveau sillon, à l'aide du bord supérieur de la coque, considérablement allongé et recourbé en arrière et en bas. Le cordon cicatriciel se loge entre l'extrémité de ce prolongement O, et le bord inférieur de la pièce, qui vient seulement se placer en arrière du bord ciliaire resté libre. Comme l'adaptation est exacte, on ne se doute pas même, en examinant la malade de près, que le bord inférieur de l'œil artificiel ne prend pas son point d'appui sur la partie antérieure du sillon conjonctival, ainsi que cela a lieu d'habitude.

La pièce est maintenue assez solidement pour permettre à la jeune dame de faire toute espèce de mouvements, de vaquer à ses occupations sans avoir à redouter de voir tomber sa pièce, et de pouvoir la conserver pendant la durée de la journée. Enfin, au point de vue de l'aspect et de la mobilité, la pièce produit un effet assez satisfaisant pour que cette dame ait pu reprendre ses leçons et aller dans le monde, sans que l'on se doutât de sa difformité. Elle s'est mariée très-convenablement il y a quelques années.

C'est en 1852 que M. Boissonneau a créé ce modèle pour Mme X***, et elle n'a pas cessé de porter depuis des pièces présentant la même disposition. Sous l'influence de leur usage, non-seulement aucun accident nouveau n'est survenu, mais, au contraire, la cavité s'est améliorée d'une manière assez sensible pour que M. Boissonneau s'occupe de lui faire porter prochainement des pièces d'une forme moins compliquée.

(*La suite au prochain numéro.*)

Relation chirurgicale de la visite de M. le professeur Nélaton au général Garibaldi, suivie de la consultation des docteurs Pirogoff et Partridge.

Quoique un grand nombre des journaux politiques aient reproduit la lettre suivante adressée à notre excellent collègue, M. Brochin, nous n'hésitons pas à la placer sous les yeux de nos lecteurs ; quelques-uns d'entre eux n'ont peut-être lu qu'une analyse incomplète de ces documents.

Monsieur et honoré confrère,

L'intérêt bien naturel qu'a excité dans le public l'état du général Garibaldi me porte à croire que vous voudrez bien accueillir dans votre estimable journal quelques détails propres à préciser exactement l'état de l'illustre blessé, et à dissiper des doutes que des versions contradictoires ont accrédités depuis plusieurs jours. Je présume d'ailleurs que le public médical, auquel vous vous adressez spécialement, trouvera dans cette relation purement chirurgicale quelques faits dont la connaissance n'est pas sans importance pour la pratique.

Arrivé à la Spezzia avec MM. les docteurs Vio et Maestri, je vis de suite le général, le mardi 28, par conséquent cinquante-neuf jours après la blessure. Il était entouré de ses médecins ordinaires, MM. Ripari, Albanèse, Prandina, Bazile, qui procédèrent en ma présence au pansement du matin.

Je dois dire d'abord que dès que le membre fut découvert, je fus très-satisfait de sa bonne installation. Il était soutenu dans un de ces appareils à suspension diversement modifiés et améliorés depuis quelques années, qui conviennent parfaitement pour les fractures compliquées de la jambe.

Les diverses pièces de pansement étant enlevées, je procédai à l'examen détaillé du membre. L'aspect général en est satisfaisant, la position est bonne, le pied est à angle droit sur la jambe, et déjà assez fixe pour que le blessé puisse soulever le membre sans éprouver la moindre douleur. La peau a sa coloration normale, excepté dans le voisinage de la blessure, où elle présente une légère teinte rosée. La tuméfaction, qui s'était élevée jusqu'au genou, est maintenant bornée au voisinage de la blessure ; elle s'élève à peine à trois travers de doigt au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, et descend dans la même étendue au-dessous de cette articulation.

Du reste, cette tuméfaction ainsi limitée n'est pas très-considérable ; elle ne masque ni les saillies malléolaires ni le relief du tendon d'Achille. L'exploration la plus attentive de tout le pourtour de l'articulation du pied ne fait reconnaître qu'une tension œdémateuse ; dans aucun point on ne trouve la fluctuation caractéristique de la présence d'une collection de liquide. La pression ne développe aucune douleur, si ce n'est dans le voisinage de la plaie ; encore cette douleur est-elle modérée.

Quant à la plaie, elle est située au niveau du bord antérieur de la malléole interne. Elle est de forme ronde ; elle a 3 centimètres de diamètre. Sa surface est recouverte par une couche de bourgeons charnus de bon aspect, et laisse apercevoir à son centre une petite dépression, par laquelle s'écoule un pus de bonne nature et en très-petite quantité. En effet, quinze heures s'étaient passées depuis le précédent pansement, et la quantité de ce liquide déposé à la surface des compresses et de la charpie ne dépassait certainement pas une cuillerée à café.

Pour compléter cet examen local, je dus explorer la plaie par l'introduction

d'un stylet. Celui-ci pénétra très-facilement sans provoquer la moindre douleur. Le dirigeant transversalement, à 2 centimètres et demi, je fus arrêté par un corps dur, résistant, rendant à la percussion un bruit sourd, bien différent de ce bruit sec qui résulte du contact avec le tissu compacte nécrosé, et ne donnant pas non plus l'idée d'un frottement à la surface rugueuse du tissu spongieux.

En inclinant légèrement la sonde, elle passa au-dessus du premier obstacle, pénétra à une profondeur de 5 à 6 centimètres, et fut arrêtée dans ce point par une résistance osseuse, à peu de distance de la malléole externe. Je répète que cette exploration a été très-facilement supportée, et que pendant toute sa durée, le général nous donnait les indications qu'il supposait pouvoir nous guider.

Pour terminer ce qui concerne l'exposé des symptômes locaux, il faut encore mentionner une tuméfaction, à peine appréciable, du genou droit et du poignet gauche, dernières traces d'une fluxion rhumatismale, dont le malade a depuis bien des années éprouvé souvent des atteintes.

L'état général est aussi favorable que possible, après les accidents sérieux observés au début de la blessure, après de vives douleurs, et surtout après une longue privation du sommeil (près de trente jours). Il n'y a plus de fièvre (75 pulsations); la peau est fraîche; l'appétit est bien développé; le sommeil est suffisant et réparateur; la physionomie est calme, digne, sans aucune expression de souffrance.

Tel était, mon cher confrère, l'état du général Garibaldi le 28 octobre, lors de ma visite à la Spezzia.

Vous penserez sans doute, comme moi, que le général n'est pas actuellement en danger; qu'il a traversé la période grave des accidents aigus, et par conséquent les phases les plus périlleuses des blessures par armes à feu. Cependant il existe encore certaines complications locales dont il est urgent de tenir compte.

Et d'abord, il est évident que l'articulation a été ouverte, qu'elle s'est enflammée, et que la balle est non pas dans l'articulation, mais dans son voisinage; que le corps rencontré par le stylet à deux centimètres et demi de l'ouverture d'entrée n'est autre que le projectile logé dans la dépression placée au-devant de la poulie de l'astragale, sur le col de cet os. On trouve presque la démonstration de ce fait dans les circonstances de la blessure : direction du coup de feu; forme de la balle, cylindro-conique; perforation de la botte et du bas, dans lesquels la balle n'a pas été retrouvée; issue de fragments de cuir extraits à diverses reprises de la profondeur de la plaie; tuméfaction observée immédiatement après la blessure dans un point presque diamétralement opposé à l'ouverture d'entrée, etc. Enfin, je rappellerai cette sensation particulière, ce bruit sourd développé au contact du stylet, sensations qui peuvent bien laisser quelques doutes dans l'esprit, mais qui, étant rapprochées des autres éléments du diagnostic, me paraissent fournir plus que des probabilités.

Quelle est la conduite à tenir en présence des lésions que je viens de mentionner? Certes, la science possède des exemples de guérison de plaies d'armes à feu des jointures, sans extraction du projectile et avec séjour persistant de la balle dans l'articulation; mais les faits de ce genre sont de rares exceptions; aussi ne faut-il se résigner et renoncer à l'extraction du projectile que quand cette manœuvre doit présenter des difficultés sérieuses et des dangers évidents. Or, dans le cas actuel, nous ne rencontrons pas de semblables contre-

indications. Je pense donc qu'il faut extraire la balle. Cette extraction devait-elle être faite immédiatement? Cela était possible sans doute, et cette opération, assez simple d'ailleurs, aurait eu l'avantage de calmer bien des impatiences, de donner satisfaction à bien des aspirations plus généreuses que réfléchies. Un dénoûment longtemps attendu, et obtenu en quelques instants, avait bien quelque chose d'attrayant. Cependant, je crus devoir procéder autrement. En effet, l'extraction immédiate aurait nécessité des incisions, elle eût été très-douloureuse, aurait excité un mouvement fébrile, et, d'ailleurs, rien ne pressait, pour ainsi dire, car depuis quelques semaines l'état du membre et de l'articulation en particulier s'améliorait chaque jour.

Le procédé qui me paraît le plus simple et en même temps le plus exempt de danger, consisterait à dilater graduellement le canal de la plaie jusqu'au point où je suppose qu'est placé le corps étranger, c'est-à-dire deux centimètres et demi; cette dilatation serait obtenue par l'introduction de petits cylindres de racine de gentiane, de volume croissant, auxquels on substituera, dans quelques jours, un fragment d'éponge préparée.

Il est infiniment probable qu'à la faveur de cette dilatation, on pourra voir et toucher du doigt le projectile; que l'on pourra alors le saisir avec une simple pince à anneaux, et l'amener au dehors à travers un canal assez large pour prévenir le froissement des parties.

Admettons, contre toute probabilité, qu'après cette dilatation préalable, on reconnaisse que ce corps qui obstrue le canal de la plaie n'est pas le projectile, mais un fragment osseux détaché soit du tibia, soit de l'astragale, en un mot, une véritable esquille nécrosée; l'extraction en serait aussi formellement indiquée que celle d'une balle, et pourra ou pourrait se faire immédiatement.

Allons plus loin. Admettons, pour passer en revue toutes les suppositions les moins favorables, que cette esquille continue à vivre et qu'elle soit déjà soudée aux os voisins, il n'est plus dès lors nécessaire de l'extraire. La dilatation préparatoire aura été dans ce cas sans utilité, mais aussi sans danger.

Je ne vois donc aucune objection sérieuse à faire à l'extraction, après dilatation préalable du canal de la plaie.

Telle est la pratique que j'ai conseillée dans la consultation que j'ai rédigée immédiatement. J'ai dû la laisser aux médecins traitants, ne pouvant prolonger mon séjour à la Spezzia jusqu'à la date fixée pour une consultation où devaient se réunir dix-sept médecins, parmi lesquels on comptait les noms les plus justement célèbres chez nos confrères d'Italie.

Je termine cette *note à consulter* en combattant l'idée d'une recherche de la balle qui serait faite sans aucun indice du lieu précis occupé par le projectile. Je dis que ce serait alors le cas de temporiser, d'attendre soit la formation d'un abcès qui viendrait déceler la présence de la balle dans un point du pourtour de la jointure, ou une migration lente qui rendrait accessible ce corps étranger.

Enfin, pour ce qui concerne la proposition d'une amputation, je n'admets cette extrême ressource que pour le cas où, contre toute espèce de probabilité, il surviendrait quelque complication grave, telle qu'abcès profonds, suppuration abondante et intarissable, détérioration évidente de la constitution, en un mot un danger de mort.

Un dernier mot.

Dans ma pensée, le général guérira, mais sa guérison se fera attendre quelques mois encore, et laissera une rigidité de l'articulation du pied, suite

inévitable d'une lésion qui a intéressé les surfaces osseuses articulaires, mais cette demi-ankylose ne gênera que faiblement la fonction de ce membre.

NÉLATON.

Voici maintenant l'opinion émise par MM. Pirogoff et Partridge, trois jours après la visite de M. Nélaton :

L'exploration du pied blessé du général Garibaldi nous a donné les résultats suivants :

1° L'articulation du pied (tibio-astragalienne) est ouverte par le projectile du côté intérieur ;

2° Les deux malléoles sont tuméfiées aussi bien que la partie extérieure de l'articulation ;

3° La balle se trouve, autant qu'on peut en juger par l'exploration extérieure, plus près du côté externe de l'articulation, étant enclavée dans l'os ;

4° La suppuration est assez bonne et peu abondante ;

5° Le pied est un peu dévié vers le côté interne ;

6° La distance entre les deux malléoles du côté malade est plus grande (1 1/4 à 1 1/2 centimètre) que du côté sain ;

7° L'exploration de la plaie, manuelle ou instrumentale, n'est indispensable que dans le cas où l'on aura la certitude que la balle est devenue plus mobile et plus proche de la surface, et alors l'exploration devra être suivie immédiatement de l'extraction de la balle ;

8° L'état général du malade est excellent ;

9° L'expectation est la seule et unique méthode qui doive être suivie ; on l'abandonnera alors seulement que la qualité du pus, aussi bien que la séparation des esquilles ou la formation d'un abcès, montreront la nécessité d'extraire la balle ;

10° La manière de panser le malade par les médecins traitants n'offre rien à désirer ;

11° Il est indispensable que le malade se trouve dans une chambre spacieuse et bien aérée, et qu'il passe l'hiver dans un climat chaud et sec.

Spezzia, 31 octobre 1862.

MM. Pirogoff et Partridge, on le voit, sont d'accord avec M. Nélaton sur le point principal, la conservation du membre, mais ils s'en séparent et veulent maintenir l'expectation. Mais, est-ce que l'insuffisance des efforts de la nature pour l'expulsion spontanée du projectile n'est pas démontrée aujourd'hui, et peut-on hésiter à mettre en parallèle le peu de gravité d'une extraction immédiate avec les dangers d'une expectation indéfinie ? Il suffit de poser ces deux termes de la question pour la résoudre.

Nous avons rendu compte, dans notre précédent numéro, de la dernière assemblée générale de l'Association des médecins de la France. Nous complétons aujourd'hui ce que nous en avons dit, en publiant la brillante allocution de son vénéré président, M. Rayer.

Messieurs et chers collègues,

Le tableau des progrès et du fonctionnement de l'Association va vous être présenté par M. le secrétaire général, dont le zèle infatigable et le dévouement de tous les instants ont, comme par le passé, répondu à tous les besoins, et dont les services s'agrandissent avec la tâche.



Moi, je ne me charge ici que de nous féliciter en commun et de nous réjouir des succès obtenus par le concours et les efforts de tous.

La quatrième année de notre Association a pleinement continué la troisième et satisfait à nos espérances.

Ces espérances, ne nous en cachons pas, ne vont à rien de moins qu'à réunir la France médicale en un faisceau de fraternité, de secours matériels, d'appui moral et de soin de notre considération.

D'année en année, nous faisons un pas vers le but ; rien ne se détache; tout s'accroît, et notre quatrième anniversaire nous apporte son contingent de nouvelles Sociétés locales adoptant les statuts de l'Association.

Pendant que l'Association prospère en s'accroissant, elle ne prospère pas moins dans ce que j'appellerai ses rapports extérieurs. Elle conquiert la confiance de l'Administration par les services qu'elle rend à la société. Toutes sortes de témoignages lui sont venus des autorités départementales, des autorités judiciaires, de membres distingués du barreau, de pieux et éminents prélats, qui se sont empressés d'accorder leur concours pour prévenir ou arrêter les abus de l'exercice illégal de la médecine, lors même que ces abus semblaient justifiés par des considérations de charité chrétienne. Nous devons être heureux et reconnaissants de tout ce que nous accorde la haute Administration; car c'est elle qui, ayant la gestion des affaires les plus graves de la Société, est le plus en état d'apprécier, dans toutes ses conditions, l'œuvre si importante qui est remise entre vos mains.

L'exposé des travaux du Conseil général, qui va vous être présenté par M. le secrétaire général, vous montrera que le Conseil, par ses actes, par ses démarches dans l'intérêt de notre profession auprès de l'autorité supérieure, a dignement rempli la mission dont vous l'aviez chargé.

Les travaux de la Société centrale ont pris, cette année, une nouvelle importance; son illustre vice-président, M. Michel Lévy, et la Commission administrative tout entière, ont donné à l'œuvre une vive impulsion. La Société centrale a secouru de nobles infortunes; et, dans le choix de ses membres, elle a porté cette honorable sévérité sans laquelle la fraternité serait ou un abus ou un vain mot.

Le succès croissant de l'Association et les bienfaits chaque jour plus nombreux et plus frappants de cette généreuse institution ont écarté les difficultés du début, et dissipé les premières préventions. On ne craint plus qu'une solidarité trop grande entre tous n'ôte quelque chose de l'indépendance de chacun; loin de là, l'indépendance de chacun se sent plus à l'aise sous la solidarité de tous, cette solidarité qui mène directement à une expression plus haute de la dignité professionnelle.

Je ne me trompe pas, et il en est bien ainsi : la dignité professionnelle est étroitement liée avec l'intérêt public; elle se rehausse d'autant plus qu'elle aperçoit mieux et sent davantage cette liaison. Elle n'a pas d'autre mesure; elle n'a pas d'autre récompense; elle n'a pas d'autre puissance.

Tout ce que nous donnons en savoir et en services, on nous le paye en considération; tout ce qu'on nous paye en considération réclame de nous plus de services, de savoir et de sacrifices.

J'ai lu avec bonheur les *Comptes rendus des Sociétés locales*. Rien, mieux que ces rapports, ne témoigne comment une institution, née à propos et à point, devient rapidement capable d'agrandir le cercle des idées et des sentiments. N'est-il pas beau de voir, sur tous les points de l'Empire, les hommes les plus

considérables de notre profession faire, dans leur vie si occupée, une part à ce nouveau besoin de s'unir, afin de se secourir, et prendre l'Association pour leur inspiratrice et l'intérêt public pour leur but.

Ces comptes rendus nous apportent de bonnes paroles des Sociétés locales. En ce jour, leurs présidents nous donnent leur excellent et nécessaire concours. Le Conseil général se réjouit de les retrouver ici, presque tous présents. Que ceux qui siégent parmi nous pour la première fois reçoivent par ma bouche les félicitations de l'Association ; c'est en son nom que je salue leur bienvenue. Servir l'Association exige temps et dévouement ; mais, en retour, elle paye ses serviteurs par la reconnaissance et par l'honneur.

Les relations du Conseil général avec les Sociétés locales se sont resserrées, cette année, comme les années précédentes, dans les Assemblées annuelles de ces Sociétés, dans ces fêtes de famille, où les liens d'une heureuse confraternité ont pour expression et pour emblème un *toast* au président de l'Association générale. C'est un témoignage honorable et cher ; j'en suis vivement touché comme confrère ; mais combien ne le suis-je pas davantage comme représentant de l'Association ! Qui, en effet, ne ressentirait une joie profonde à entendre son nom mêlé aux prospérités d'une généreuse institution !

La bienveillance avec laquelle les Sociétés locales ont accueilli mon élévation au décanat dans la Faculté de médecine de Paris, m'a rendu heureux et fier. En m'honorant de leurs encouragements et de leur appui, elles ont cru sans doute que ces fonctions éminentes exerceraient quelque influence sur l'Association et sur l'accomplissement des devoirs que j'ai contractés envers elle. Je n'écarte pas de mon esprit ces espérances : l'Association le sait, je ne puis lui donner plus de dévouement ; mais je m'estimerais heureux si je pouvais lui donner encore plus d'autorité.

Telle est la condition des choses humaines, que chaque année, nous amenant un surcroît de succès et de satisfaction, nous amène aussi de tristes nouvelles et des pertes douloureuses. Tout à l'heure un tribut d'hommage sera payé à la mémoire de ceux de nos confrères que la mort nous a enlevés ; mais je ne puis me défendre d'anticiper ici et de plaindre la fin prématurée de Ludger Lallemand, noble cœur, avide de périls et de services à rendre, comme de travail et de savoir ; et celle de Cazeaux, confrère dévoué, habile professeur, savant praticien. L'un, mis à la tête du service médical de l'expédition du Mexique, y a trouvé la mort glorieuse du médecin militaire, qui succombe sur le champ d'honneur d'une dangereuse épidémie ; l'autre s'est éteint lentement, sous une maladie qui ne pardonne pas, et a laissé ailleurs qu'ici des regrets dignement exprimés par M. Michel Lévy et par M. Danyau.

Je dois signaler aussi à vos regrets et à votre gratitude Legouas, médecin savant et modeste, qui n'appartenait pas à notre Association, mais qui a voulu lui appartenir par un bienfait. Dans son testament, qui vient de m'être transmis par son ami, notre honorable collègue M. de Kergaradec, testament qui date de 1859, Legouas s'exprime ainsi : « J'ai dû à mes études médicales, et à la médecine en général, des encouragements et quelques succès, scolaires ou autres, qui m'ont soutenu dans les temps d'adversité que j'ai traversés. En souvenir de ces bienfaits, je donne et lègue à la grande Association médicale centrale, formée à Paris, la somme de 3,000 francs, une fois donnée, en y joignant mes plus sincères félicitations pour les hommes illustres, fondateurs de cette œuvre de philanthropie confraternelle, qui importe tant à la dignité et à l'honneur du corps médical. »

Le souvenir des morts s'enchaîne facilement avec la reconnaissance due aux vivants; et je termine en remplissant un devoir bien doux, celui de vous signaler les dons faits par plusieurs de nos confrères de l'Association, pendant le cours de cette année : que MM. Jobert de Lamballe, Roger, Blatin, Tripier (de la Creuse) reçoivent nos remercîments.

Vous vous associerez encore à la profonde gratitude du président du Conseil général, en apprenant que M. et Mme Andral m'ont fait remettre une somme de 2,000 francs comme un gage de leur sympathie pour notre œuvre. Un acte si généreux, auquel notre Association, ou plutôt le corps médical en entier, applaudira, vient d'une famille haut placée dans l'estime et la vénération de tous.

Le chef a agrandi la science par ses travaux et honoré la profession par son exemple; sa compagne, fille du grand Royer-Collard, n'est pas moins distinguée par la noblesse des sentiments que par la naissance; et son fils a montré, parmi nous, un dévouement sans bornes à la profession où le nom qu'il porte s'est illustré.

M. le ministre de l'instruction publique, considérant que depuis le rétablissement du baccalauréat ès lettres la composition écrite en latin du cinquième examen du doctorat a perdu le caractère d'utilité qu'elle pouvait présenter, vient de décider qu'à l'avenir cette composition serait écrite en français.

Le même ministre vient de publier un second arrêté, sur les conditions de stage dans les hôpitaux, qui était vivement réclamé :

Considérant qu'il importe, dans l'intérêt du service des hôpitaux, de favoriser autant que possible le recrutement des élèves internes nommés au concours, et d'encourager ces élèves à prolonger leur temps d'internat;

Considérant qu'il y a lieu, sans abréger en rien le temps exigé par les études scolaires, de tenir compte, dans une certaine mesure, de l'expérience acquise par les aspirants au doctorat qui, pour se dévouer au service de l'internat, reculent le terme de leur scolarité, à laquelle ils ajoutent par ce fait même un utile complément d'études pratiques;

Considérant que le service de l'internat dans les asiles publics d'aliénés est digne d'un intérêt tout particulier;

Arrête : Art. 1er. — Le temps de service dans un hôpital, près d'une Faculté ou d'une école préparatoire de médecine, accompli, à titre d'interne nommé au concours, par un étudiant en médecine, aspirant au doctorat, en dehors du temps de la scolarité exigée par les règlements, sera compté à cet étudiant en compensation d'un temps égal de stage près la Faculté où il termine ses études, à moins qu'il n'ait préalablement profité de cette compensation près d'une école préparatoire.

Ces dispositions sont applicables aux internes des asiles publics d'aliénés.

Art. 2. — Tout aspirant au doctorat, élève d'une école préparatoire de médecine ou de pharmacie, qui, pendant la période de la scolarité comprise entre la quatrième inscription validée et la quatorzième inclusivement, comptera deux années de services non interrompus en qualité d'interne nommé au concours dans un hôpital placé près l'Ecole, sera, par cela même, dispensé de tout nouveau stage dans la Faculté où il ira achever ses études.

Sont nommés présidents : de la Société de secours mutuels d'Ille-et-Vilaine, M. Pinault; de la Société de Maine-et-Loire, M. Daviars; de la Société de la Haute-Marne, M. Tibierge.

La rentrée solennelle de la Faculté de médecine de Montpellier aura lieu le 15 novembre. M. Courty, chargé du discours d'usage, prononcera l'éloge du professeur Lallemand. Celle de la Faculté de Paris aura lieu le lundi 17, le discours sera fait par M. Gosselin, qui lira l'éloge du professeur Moreau.

Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. Duplan, correspondant de l'Académie de médecine à Tarbes, et Brault, chirurgien de l'hôpital de Vendôme.

Un concours pour deux emplois de répétiteurs à l'Ecole du service de santé militaire à Strasbourg s'ouvrira le 5 janvier prochain à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. Un de ces emplois se rapporte à l'enseignement de la chirurgie et l'autre à l'enseignement de la physique et de la chimie médicale.

Pour les articles non signés, **E. DEBOUT.**



THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'iodure de potassium dans le traitement de l'anévrysme.

Par M. le docteur CHUCKERBUTTY, médecin à l'hôpital du collége de Calcutta.

Si la médecine, c'est-à-dire essentiellement l'art qui a pour but la guérison des maladies, a dû être et a été avec raison divisée en deux branches principales, à cause de l'étendue trop considérable des connaissances qu'elle requiert, et des qualités toutes spéciales que réclament certaines de ses parties ; si cette division est fondée et utile, du moins au point de vue de la pratique, il faut reconnaître toutefois qu'elle n'est pas, à ce même point de vue, exempte de tout inconvénient. De ces inconvénients, qui sont doubles du reste et qui existent de chaque côté, l'un des plus regrettables est sans contredit la négligence qu'on apporte quant à l'étude des ressources que peut offrir la thérapeutique dite *médicale,* au traitement des lésions auxquelles la dénomination de *chirurgicales* a été réservée.

Souvent les lésions de cet ordre se développent dans les régions profondes du corps, de sorte que l'art se trouve alors complétement désarmé. Les anévrysmes sont certainement dans ce cas, les anévrysmes, contre lesquels la chirurgie se trouve en possession de moyens puissants et efficaces, toutes les fois que, par le fait de leur situation, ils sont accessibles à la main et aux instruments, et qui sont au contraire, dans le cas opposé, presque absolument abandonnés aux seules ressources de la nature, c'est-à-dire à peu près toujours à une terminaison fatale.

Cependant cette maladie n'a pas constamment, même laissée à elle-même, une issue funeste. La science compte un certain nombre, bien faible il est vrai, de guérisons spontanées de tumeurs anévrysmales, même siégeant sur des vaisseaux de premier ordre, même siégeant sur l'aorte. Hodgson, Georges Young, Astley Cooper, Pelletan, etc., ont observé de ces cas heureux, et, dans quelques-uns, l'autopsie est venue plus tard confirmer que la guérison avait été réelle. Tout le monde connaît le mécanisme de cette guérison. On en a observé ou admis plusieurs modes; mais le mieux établi et le plus certain est sans contredit la formation et l'accumulation de caillots fibrineux dans la tumeur, l'interception consécutive du cours du sang dans son intérieur, l'oblitération de l'ouverture de communication, le resserrement insensible de l'anévrysme, lequel finit par se convertir en un noyau dur et avec le temps par disparaître plus ou moins complétement.

Ces faits sont, en vérité, bien capables d'encourager les médecins à de plus grands efforts pour tenter la cure de la maladie dont nous nous occupons, par les moyens dont ils disposent. La possibilité de cette cure, bien que ce soit, si l'on veut, un fait exceptionnel, est mise hors de doute par la nature elle-même ; le procédé organique qui est susceptible de la procurer nous est révélé aussi. Resterait à trouver les moyens de faire naître au sein des parties altérées le travail qui est propre à amener ce résultat. Des essais ont déjà eu lieu dans ce sens : il nous suffira de citer la méthode de Valsalva pour les anévrysmes de l'aorte ; de rappeler l'emploi qui a été fait dans ce but de divers médicaments, tels que la digitale, certains astringents, et spécialement l'acétate de plomb. Ces essais ont été quelquefois ou paraissent avoir été suivis de succès ; et si nous disons « paraissent avoir été, » c'est que les faits n'étant pas nombreux, les esprits sceptiques pourraient objecter, en raison même de ce petit nombre, que c'étaient peut-être là de ces cas qui guérissent spontanément. Quoi qu'il en soit de cette objection, si elle était faite, elle ne serait pas de nature à arrêter les tentatives, à condition que ces tentatives fussent, d'une part exemptes de dangers, et d'autre part rationnellement fondées, soit sur des propriétés reconnues aux agents mis en usage, soit sur un empirisme justifié par des faits suffisamment répétés. Car l'innocuité de la médication et l'incurabilité de la maladie sont les deux termes de toute expérimentation légitime, alors même que la méthode repose sur des données empiriques.

Ces considérations nous engagent à publier les résultats de quelques essais sur l'emploi de l'iodure de potassium dans des cas d'anévrysmes internes. Ces résultats, nous nous empressons de le reconnaître, sont loin d'être concluants ; cependant, comme rarement une formule de traitement est nettement posée de prime abord, comme rien de ce qui peut faire naître une lueur d'espoir d'arriver à guérir ces cruelles maladies ne saurait être négligé, nous donnons ces résultats tels qu'ils sont, dans l'espoir que d'autres voudront bien les soumettre au contrôle d'un examen clinique sérieux. Les occasions d'expérimentation étant fréquentes, nous venons donc convier nos confrères à cette étude, espérant que les faits qui vont être placés sous leurs yeux légitimeront l'appel que nous faisons à leur concours.

Voici d'abord le fait qui a été le point de départ de ces essais.

Lorsque je pris, en août 1860, possession de mon service comme médecin en second à l'hôpital du Collége médical de Calcutta, il y

avait parmi les malades, en traitement pour une affection pulmonaire, un homme du nom de Leary, matelot irlandais, âgé de cinquante ans, de petite taille, mais d'une constitution primitivement robuste. Outre une toux fréquente et pénible et une expectoration très-abondante, ce malade présentait alors une tumeur pulsative au niveau de la fourchette du sternum, ayant à peu près la grosseur d'une noix, mais élastique et se réduisant aisément par la compression. Cette tumeur s'accrut graduellement jusqu'au volume environ d'une petite orange, s'élevant en même temps à une plus grande hauteur dans la région du cou et empiétant un peu sur la ligne médiane. Un grand nombre de médicaments avaient été employés contre la toux, sans exercer aucune influence sur la tumeur, jusqu'à ce que je fusse venu à administrer l'iodure de potassium dans une décoction de quinquina. Peu de temps après, il devint évident non-seulement que la toux s'était amendée depuis cette modification apportée au traitement, mais encore que l'anévrysme devenait plus dur, plus solide et perdait son caractère expansible. Le malade succomba dans les premiers jours de janvier 1861, aux suites d'une bronchite aiguë intense.

A l'examen nécroscopique, en ouvrant la poitrine, nous trouvâmes une tumeur anévrysmale située immédiatement derrière la partie supérieure du sternum, et s'élevant dans le cou jusqu'à l'union de la trachée avec le larynx à droite. Elle prenait naissance au côté interne du tronc innominé, sans s'étendre soit à la crosse de l'aorte, soit aux artères sous-clavière ou carotide droites. Elle était très-dure et grosse comme une poire. Son intérieur était occupé par une masse compacte de caillots solides, laissant seulement un petit canal au côté externe, au moyen duquel les artères carotide et sous-clavière droites communiquaient avec l'aorte. Les bronches offraient les signes anatomo-pathologiques de la bronchite.

Alors que ce malade vivait encore, deux autres Européens furent admis dans mes salles, Bateman et Collyer, l'un et l'autre atteints d'anévrysme de l'aorte. Ces deux hommes firent usage de divers médicaments, sédatifs et astringents, sans aucun soulagement, jusqu'au moment où j'eus recours à l'iodure de potassium, lequel ne leur fut prescrit que lorsque j'en eus remarqué les effets avantageux dans le cas de Leary. Le résultat se montra chez eux également satisfaisant, en ce qui concerne la solidification du sac anévrysmal, quoiqu'elle n'ait pas prévenu l'issue fatale.

Bateman était entré à l'hôpital le 30 novembre 1860, évacué du vaisseau le *Newcastle*, avec une note du chirurgien du bord. Cette

note portait en substance que cet homme, âgé de quarante-sept ans, d'un tempérament sanguin, grand buveur de liqueurs spiritueuses, matelot de profession et ayant le plus ordinairement navigué sous les climats tropicaux, n'avait jamais eu de rhumatismes et avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'au commencement de ce dernier voyage, environ trois mois et demi auparavant, où il avait commencé à se plaindre d'une gêne à la partie supérieure de la poitrine; qu'il y avait cinq semaines, étant à la barre, par un gros temps qui exigeait l'emploi d'une grande force pour la direction du navire, il avait éprouvé tout à coup, d'après ses expressions, la sensation comme d'une déchirure, de quelque chose qui cède, sous la clavicule gauche; que quelque temps après on avait reconnu au-dessus de cet os, en dehors, une tumeur pulsative, et en même temps la dilatation des veines mammaires, de l'ecchymose à la surface du thorax, de la tuméfaction inflammatoire des ganglions axillaires gauches, une inflammation diffuse de la peau à la partie interne du bras; que d'autres symptômes étaient venus successivement s'ajouter, entre autres de la dysphagie, de l'orthopnée, un pouls d'abord vibrant et bondissant aux deux poignets, plus tard irrégulier, avec des intermittences à droite; et qu'enfin, le 25 novembre, il avait été pris de paralysie de la langue et d'hémiplégie du côté droit, dernier accident qui avait décidé son envoi à l'hôpital.

Voici quel était son état à l'entrée : paralysie complète à droite du mouvement et du sentiment; face déviée à gauche; miction et évacuations alvines involontaires; respiration laborieuse; coloration pourpre, livide de la peau, et veines proéminentes dans la région sous-claviculaire gauche; veines tuméfiées et variqueuses sur le côté correspondant de la tête et le membre supérieur gauche, qui était également le siége de douleurs lancinantes; pulsations artérielles faibles au poignet gauche, et tout juste perceptibles dans la carotide gauche; matité à la percussion dans la moitié interne de la région sous-claviculaire et en même temps impulsion manifeste et retentissement des bruits cardiaques; voix enrouée et dysphagie à un degré assez prononcé. — Le malade fut mis à un régime fortifiant, quoique léger, et à partir du 2 décembre il prit trois fois par jour 4 grains (25 centigrammes) d'iodure de potassium.

Pendant le cours de ce traitement, l'état du malade s'améliora. Les phénomènes de paralysie s'amendèrent assez rapidement; les fonctions digestives se rétablirent à un degré passable; la congestion veineuse à la partie supérieure du thorax diminua notablement; la

respiration devint plus facile et l'orthopnée disparut; les pulsations dans la tumeur anévrysmale s'affaiblirent, ainsi que les bruits anormaux qui y étaient perçus ; le pouls devint plus régulier. Cette amélioration alla croissant, non sans alternatives du reste, jusqu'à la fin de mai suivant, et, à cette époque, le malade pouvait se lever et marcher un peu avec l'assistance de quelqu'un. Mais, vers le commencement du mois de juin, les symptômes de la maladie se prononcèrent de nouveau avec plus d'intensité, la tumeur redevint plus sensible, l'œdème et la dilatation des veines se reproduisirent, la dyspnée reparut, etc.; et le 12 juin, il se manifesta tout à coup une hémorrhagie très-considérable, avec expulsion d'une grande quantité de sang par la bouche et les narines, qui emporta le malade en quelques instants.

Sans entrer dans tous les détails de l'autopsie, ce qui entraînerait trop loin, il suffira de dire que l'anévrysme, qui était très-volumineux, outre des adhérences aux parties circonvoisines, en présentait une avec la trachée vers la partie inférieure du cou, et qu'en ce point il s'était formé une ouverture qui faisait communiquer le sac anévrysmal avec ce conduit ; qu'il y avait de plus, au niveau de la deuxième côte en partie nécrosée, un point de la tumeur qui s'était ramolli et rompu; en sorte qu'il y avait eu, de ce côté, hémorrhagie interne dans la cavité pleurale, et d'autre part hémorrhagie par le conduit aérien, laquelle avait donné lieu à l'hémoptysie signalée plus haut; enfin, que l'intérieur du sac était entièrement rempli par une masse compacte de caillots solides, dont le poids ne s'élevait pas à moins de deux livres.

L'autre malade nommé ci-dessus, Collyer, avait été admis à l'hôpital vers le commencement de décembre 1860. Cet homme, fort et robuste, bien musclé, avait d'abord été soldat, puis policeman. Sa santé avait toujours été bonne; seulement, depuis quelques mois, il était tourmenté par une toux fréquente, et sa voix était devenue enrouée. Lors de l'entrée, nous notâmes, outre ces symptômes, une dyspnée considérable qui l'empêchait de rester couché, une coloration rouge livide de la peau à la partie supérieure gauche du thorax, avec les veines de cette région dilatées et tortueuses. Il y avait de l'hémicranie à gauche, des douleurs lancinantes sur le trajet des nerfs du bras correspondant, et le pouls radial de ce côté était faible. Il existait une légère saillie de la région sous-claviculaire, avec un frémissement sensible à la main et une impulsion qui devenait plus évidente au moyen du stéthoscope; en même temps matité à la percussion et bruit de tintement à l'auscultation. Les bruits

du cœur s'entendaient à la région interscapulaire, mais il n'y avait de souffle ni en ce point ni à la région précordiale. Pulsations dans les artères carotides droite et gauche et dans les sous-clavières. La dysphagie était considérable.

La digitale, l'acide hydrocyanique n'apportèrent aucun soulagement. L'iodure de potassium fut prescrit, et à partir de ce moment il se manifesta un soulagement et une amélioration notables. L'impulsion devint plus faible, les bruits plus sourds, le frémissement moindre; la tuméfaction disparut, la dilatation des veines diminua; la coloration foncée de la peau cessa; les douleurs de la tête et du bras, la dyspnée, la dysphagie, la raucité de la voix s'améliorèrent grandement. Se sentant beaucoup mieux, Collyer voulut absolument sortir, malgré mes remontrances, pour passer les fêtes de Noël avec sa famille. — Il rentra en avril suivant, avec tous les symptômes sensiblement aggravés; notamment, la tumeur de la région sous-claviculaire était devenue beaucoup plus volumineuse, et les pulsations qui y étaient perçues beaucoup plus fortes. Cette fois l'iodure de potassium resta sans effet, et la mort ne tarda pas à mettre fin aux souffrances de ce malheureux.

L'anévrysme, dont le commencement était à environ trois pouces des valvules aortiques, avait à peu près le volume d'une tête d'enfant; le sac paraissait formé par les tuniques externe et moyenne, tandis que l'interne, qui était athéromateuse, manquait dans la plus grande étendue de la tumeur; sa cavité était occupée par une masse de caillots très-considérable, dure et dense, laissant un canal le long de la partie supérieure de la crosse aortique, continu avec l'aorte descendante. Dans la bronche gauche, à environ un pouce et quart de la bifurcation de la trachée, il y avait une ouverture communiquant avec l'anévrysme, assez large pour admettre le petit doigt. — Les autres particularités de l'autopsie, notamment en ce qui concerne l'état des artères naissant de la crosse, quelque intéressantes qu'elles soient, nous paraissent devoir être ici, comme dans le cas précédent, passées sous silence, afin de ne pas allonger ce travail, déjà trop long peut-être.

Outre les cas qui précèdent, j'ai eu occasion d'employer aussi l'iodure de potassium chez plusieurs autres malades, dont un est encore en traitement dans mes salles au moment où j'écris, et toujours avec le même résultat. Chez ce dernier, qui est atteint d'une manière non douteuse d'un anévrysme de l'aorte ascendante, mais dont je m'abstiendrai de rapporter les symptômes, parce que ce serait m'exposer à des répétitions inutiles, l'amélioration, nulle aupa-

ravant, n'a commencé à se manifester que depuis qu'il a été mis à l'usage de l'iodure de potassium ; et maintenant les douleurs thoraciques se sont apaisées, la tumeur a diminué, l'impulsion est moindre, les bruits anormaux plus faibles, plus sourds, la dyspnée n'existe plus, l'appétit est bon et les fonctions digestives s'exécutent d'une manière satisfaisante.

Ce qui paraît ressortir des faits que je viens de rapporter, c'est la consolidation du sac anévrysmal, contrairement à toutes les notions préconçues relativement à l'action de l'iodure de potassium. Or, comme c'est là précisément le but auquel nous visons dans le traitement des anévrysmes intra-thoraciques, on accordera sans peine que, si l'iodure de potassium devait toujours agir de cette façon, il deviendrait pour nous de la plus grande utilité.

Il n'échappera, d'ailleurs, à personne que ces essais ont été faits dans des cas d'anévrysme d'une extrême gravité, tant en raison du siége, qu'à cause du degré de développement où était déjà arrivée la maladie. Il serait donc à désirer qu'ils pussent être répétés dans des cas moins avancés, et où par conséquent les chances de succès seraient beaucoup plus grandes. Du reste, c'est dans les anévrysmes des membres qu'on sera le plus à même de juger de la valeur de ce traitement, puisque les phénomènes se passeront alors sous les yeux mêmes de l'observateur. Rien n'empêche, au demeurant, de combiner les deux traitements, l'interne et l'externe. Il serait précieux de voir l'iodure de potassium, en facilitant, préparant le phénomène de la coagulation du sang contenu dans la poche anévrysmale, hâter les résultats de la compression digitale ou alternante. Si le succès venait, comme il est peut-être permis de l'espérer, à se réaliser, il y aurait lieu d'ajouter ce moyen au traitement des anévrysmes de la racine des membres et même des anévrysmes intra-thoraciques.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du traitement de l'ophthalmie purulente des enfants par les douches oculaires.

Par M. le docteur F. Bricheteau, ancien interne des hôpitaux.

En raison de sa position et des conditions spéciales de sa structure, l'œil est un des organes les mieux appropriés à subir l'influence des applications du froid. Aussi, depuis les temps les plus reculés, l'eau à une basse température a-t-elle été employée dans le traite-

ment des phlegmasies de l'œil. Mais ce mode de traitement n'avait aux yeux des chirurgiens qu'une efficacité fort contestable, et était réservé aux cas d'inflammation légère et superficielle. L'eau froide était considérée surtout comme un moyen mécanique de nettoyer, de déterger l'œil. On n'avait pas eu l'idée d'appliquer l'hydrothérapie à la modification directe de l'état morbide par la réfrigération qu'elle est apte à produire, en un mot de l'employer comme antiphlogistique ou modificateur local.

C'est à M. Chassaignac qu'appartient l'honneur d'avoir fait entrer l'hydrothérapie oculaire dans la pratique chirurgicale. — Chargé du service à l'hospice des Enfants assistés, où se trouve constamment un grand nombre d'enfants atteints d'ophthalmie purulente qui y sévit en permanence, ce chirurgien fut bientôt convaincu que la principale modification à remplir était de préserver la muqueuse oculaire de l'humeur irritante produite par les surfaces phlegmasiées. Après avoir reconnu l'inutilité des lotions et injections intra-palpébrales, après avoir tenté de divers moyens, il imagina la douche oculaire, qui lui fournit un moyen d'expulsion suffisant, un procédé de lavage complet, véritablement efficace; et c'est ainsi qu'il fut admis à reconnaître la vertu antiphlogistique de l'eau froide, appliquée régulièrement et avec méthode. Instruit par l'expérience, il simplifia les appareils, régularisa l'emploi de la douche oculaire, et réussit à faire de l'hydrothérapie oculaire une véritable méthode, vraiment digne de ce nom et destinée à rendre de grands services par la facilité de son mode d'emploi.

C'est en 1847 que M. Chassaignac publia ses premières recherches à ce sujet. Après lui deux de ses élèves, MM. Rieux et Fournier, publièrent, le premier dans l'Union médicale, le second dans les Archives d'Ophthalmologie, un Mémoire sur l'efficacité des douches oculaires dans le traitement des phlegmasies de l'œil. Comme MM. Rieux et Fournier, interne des hôpitaux et élève du même maître, j'ai pu m'assurer par moi-même des bons effets produits par la douche oculaire. J'ai mis cette méthode en pratique à l'hôpital des Enfants, à l'hôpital Necker, dans le service des nourrices ; et j'ai comparé mes observations avec celles publiées par mes prédécesseurs. A l'hospice de la Maternité, où ce traitement est journellement employé, je me suis enquis des résultats obtenus, et c'est appuyé sur un grand nombre de faits que j'ose préconiser ce mode de traitement encore peu connu, et que je crois appelé à rendre de grands services, en remplaçant avantageusement les divers moyens employés pour obtenir un effet antiphlogistique très-

prompt, tels que les sangsues, les vésicatoires et le calomel à dose réfractée.

Mode d'emploi.—L'un des premiers mérites de cette médication, c'est à coup sûr la simplicité même de son emploi. Chacun a sous la main, dans le plus modeste ménage, tout l'appareil nécessaire au traitement. Cet appareil ne se compose essentiellement que d'un simple entonnoir destiné à verser de l'eau froide sur les yeux du malade. Voici sa description, tel qu'il a été institué à l'hôpital Lariboisière :

Aux barreaux supérieurs d'un lit destiné à cet usage, à l'une des extrémités, est suspendu un entonnoir rempli d'eau froide. Cet entonnoir, d'une capacité assez vaste (environ 2 litres), est terminé par un bec assez fin, muni d'un robinet. Le lit est garni d'une toile cirée qui se recourbe sur le chevet et descend, repliée en gouttière, jusque dans un récipient placé sur le plancher de la chambre.

Le malade est étendu sur le lit, la tête exactement placée au-dessous du bec de l'entonnoir. Une fois le robinet ouvert, la veine liquide jaillit aussitôt en petit jet, tout d'abord, puis en jet graduellement plus considérable. Si l'appareil est bien disposé, elle tombe sur la racine du nez, et de chaque côté se répand en ruisseau dans l'espèce de vallée que forme entre les saillies frontale et malaire l'enfoncement de l'orbite. Un seul œil est-il affecté, une légère inclinaison de la tête du côté malade garantira l'œil sain de la veine liquide. Après avoir traversé la dépression orbitaire, l'eau s'écoule sur la partie antérieure de la tempe, retombe de là sur la toile cirée et finalement dans le récipient inférieur.

Rien de plus simple en pratique, rien de plus facile en exécution.

Le seul écoulement d'eau froide sur les paupières fermées fournit déjà aux malades un soulagement immédiat et notable; mais les conditions du traitement ne seraient pas remplies, si l'on se contentait de cette sorte de lotion extérieure. Il faut que l'œil même soit baigné par l'eau qui s'écoule. Pour cela les yeux doivent être tenus légèrement ouverts sous le courant d'eau qui les traverse.

Dans la pratique civile, un siphon recourbé, plongeant dans un vase plein d'eau et placé sur un meuble élevé, sera suffisant. On trouve à cet effet chez les fabricants d'instruments de chirurgie des tuyaux en caoutchouc, long de 2 mètres, de la grosseur du petit doigt, et présentant à leur extrémité des orifices de 2 ou 3 millimètres de diamètre. Le jet peut être modéré à l'aide d'un diaphragme mobile, et le tube est interrompu dans sa longueur par une boule qui permet de faire le vide et d'établir ainsi la circulation du liquide.

Pour les enfants nouveau-nés, trois personnes sont nécessaires pour assurer la réussite de l'opération. Un aide est chargé de maintenir le petit malade et de paralyser ses mouvements ; le deuxième entr'ouvre alors les paupières, soit avec les doigts, soit au moyen des instruments écarteurs, pendant que le chirurgien dirige d'une main le jet du liquide sur les parties enflammées, de l'autre essuie les bords palpébraux avec une compresse fine, et déterge l'œil de toutes les mucosités déposées à sa surface.

La durée de l'écoulement liquide est de huit à douze minutes, dix minutes en moyenne.

Le bec des instruments doit présenter environ 1 millimètre 1/2 de diamètre, calibre qui fournit une veine assez volumineuse.

Les douches doivent être répétées plusieurs fois par jour ; dans l'ophthalmie purulente quatre sont nécessaires en moyenne, et souvent il faut avoir recours à un plus grand nombre. Le nombre des douches doit dépendre du degré d'intensité des phénomènes morbides, de l'abondance et de la nature des produits sécrétés.

C'est de l'eau froide qu'il convient d'employer. En hiver, on se servira d'eau à la température ordinaire des fontaines d'intérieur ; en été, il sera utile d'employer soit de l'eau de puits, soit de l'eau refroidie par quelques glaçons.

Effets produits par les douches.— Ces effets ont été très-bien exposés par M. Alfred Fournier. Le premier effet produit par le passage de l'eau sur le globe oculaire est douloureux, surtout au début de la médication ; mais il suffit de quelques minutes pour que cette douleur, d'ailleurs fort légère, s'apaise complétement et qu'il lui succède un soulagement notable, dû sans doute au refroidissement que produit le passage continu de la veine liquide sur les paupières ou sur la muqueuse phlegmasiée.

La douche terminée, une réaction se manifeste, l'œil rougit, les parties saines de la conjonctive s'injectent également, une sensation de chaleur se déclare dans l'organe et s'accompagne d'un larmoiement léger. Cette réaction, qui est constante, n'a qu'une courte durée ; elle ne persiste en général que de dix à vingt minutes, pour faire place à une rémission complète des phénomènes inflammatoires. Elle est toujours modérée et s'affaiblit beaucoup par l'habitude, surtout au point de vue des phénomènes douloureux. Ici se place une particularité curieuse : la tolérance qui s'établit par l'emploi fréquemment répété de la douche n'est jamais relative qu'à la douleur seule : le contact de l'eau froide avec la muqueuse oculaire cesse en quelques jours de provoquer une réaction doulou-

reuse, mais il ne cesse jamais de s'accompagner d'une réaction vasculaire.

L'orgasme modéré et temporaire qui accompagne la douche ne tarde pas à être suivi d'une détente remarquable des phénomènes inflammatoires. La rougeur diminue; la douleur, le larmoiement s'apaisent; la photophobie même est influencée, et l'œil s'ouvre plus librement. Il se produit donc un soulagement considérable; mais cette rémission ne persiste pas elle-même au delà d'un certain temps, après lequel les symptômes morbides tendent à prévaloir. Sa durée est très-variable, suivant l'intensité de l'inflammation; de là l'indication d'en provoquer le retour par l'emploi renouvelé de la douche.

Si l'emploi de l'eau froide est suffisamment répété, la sédation temporaire que produit la douche se transforme bientôt en une sédation continue. Dès lors, toute douleur est supprimée, et le malade passe véritablement d'un état d'angoisse et d'anxiété à un état de calme parfait.

Puis, la vascularisation de la muqueuse oculaire diminue. En deux ou trois jours les surfaces phlegmasiées sont modifiées, tant est puissante l'action réfrigérante de la douche. En même temps le boursouflement des paupières disparaît et la modification des produits sécrétés se fait parallèlement à la diminution des phénomènes phlegmasiques.

Tous les médecins savent que dans l'ophthalmie purulente il faut attaquer le mal avec vigueur et s'en rendre maître promptement, sous peine de voir l'œil gravement altéré, au point de rendre la vision impossible. Or, on arrive facilement à ce résultat en faisant suivre l'administration de la douche de l'instillation de quelques gouttes de collyre au nitrate d'argent (4 grammes pour 30 d'eau distillée). Si l'on prend les enfants au début, on peut très-bien, par les douches seules, faire avorter la sécrétion purulente; mais si l'on est appelé une fois la maladie confirmée, il faut prescrire six douches par jour, et deux fois, matin et soir, on se servira du collyre au nitrate d'argent. Ce n'était du reste que pour rendre l'application du collyre plus efficace que M. Chassaignac se servit, dès le début, de la douche oculaire. Je ferai voir tout à l'heure que l'emploi du collyre n'est pas indispensable.

Voici un résumé qu'a donné M. Chassaignac des résultats obtenus par ce mode de traitement sur 106 malades.

L'amélioration qu'ont éprouvée les enfants s'est manifestée, pour plus de la moitié des cas, dans les deux ou trois premiers jours. Un

tiers environ des sujets n'a offert d'amélioration notable qu'au bout de six, huit, dix jours seulement. Ce n'est que par exception, et en raison de la gravité extrême de l'affection, qu'on a vu survenir, au bout de quinze à vingt jours seulement, une modification avantageuse.

La sécrétion muco-purulente est le premier symptôme amendé. La modification ne porte pas seulement sur la quantité, elle porte encore sur les qualités de la sécrétion anormale. Si le produit morbide était du pus par exemple, il fait place à un suintement muco-purulent ou muqueux. S'agit-il de l'écoulement d'une sérosité citrine, celle-ci perd sa coloration jaunâtre, sa limpidité, et se transforme en un liquide trouble, plus épais, avant de se tarir entièrement. En même temps l'injection de la conjonctive palpébrale, la tuméfaction et l'œdème des paupières ne présentent pas une amélioration moins remarquable. L'aspect effrayant et difforme que donne aux petits malades le boursouflement palpébral disparaît, et les chémosis les plus volumineux s'amendent souvent du jour au lendemain. Les cornées, qui perdent si rapidement leur éclat et leur transparence sous l'influence de la maladie, reprennent non moins vite leurs propriétés normales, quand toutefois l'épanchement interlamellaire n'a pas été trop considérable.

Des 106 enfants composant la statistique présentée par M. Chassaignac, 25 ont été emportés par des maladies complétement étrangères à l'ophthalmie (entérite, diarrhée cholériforme, etc., etc.), 11 ont été apportés à l'infirmerie avec des cornées ramollies ou déjà perforées, et n'ont pu retirer du traitement qu'un avantage relatif; 70 ont été guéris. Sur ce nombre, la guérison a été obtenue :

Pour	3	enfants au bout de	2	jours.
—	4	—	3	—
—	9	—	4	—
—	10	—	5	—
—	7	—	6	—
—	6	—	7	—
—	5	—	8	—
—	1	—	9	—
—	2	—	10	—
—	3	—	11	—
—	2	—	12	—
—	2	—	13	—
—	1	—	15	—
—	2	—	18	—
—	2	—	20	—
—	5	—	20 à 30	
—	4	—	30 à 40	
—	7	—	60	—

Il est nécessaire de dire que, dans le traitement de ces ophthalmies, M. Chassaignac emploie conjointement le collyre au nitrate d'argent: 4 grammes de nitrate pour 30 grammes d'eau.

L'instillation du collyre est faite immédiatement après la douche, alors que la muqueuse est bien détergée des produits morbides qui l'encombraient. M. Aloïs Bednarz, qui a adopté cette méthode à l'hospice des Enfants trouvés de Vienne, se sert d'eau tiède à 26 ou 28 degrés Réaumur. Il emploie en même temps le collyre faible au nitrate d'argent, 20 à 50 centigrammes pour 30 grammes d'eau. Il se loue beaucup de ce traitement, qui lui a donné de très-beaux résultats, il a vu souvent une seule douche et quelques gouttes de collyre couper court une ophthalmie prise à son début.

Sur 332 enfants, 275 ont guéri rapidement; 23 seulement sont sortis de l'hôpital avec de légères taches sur la cornée. Un seul a perdu un œil; mais l'organe était détruit avant que le traitement eût pu être institué. 33 sont morts de maladie intercurrente pendant le cours de l'ophthalmie.

Les faits qui me sont personnels sont au nombre de 32. Sur ce nombre, 20 se rapportent à des enfants au-dessus de deux ans, observés à l'hôpital des Enfants malades dans le service des maladies chroniques, où l'ophthalmie purulente ne s'observe que trop fréquemment, malgré la salubrité et la bonne disposition des salles. Tous ces enfants guérirent sans troubles de la vue, au bout de dix jours en moyenne; le traitement consistait en deux douches par jour, de dix minutes chacune, suivies de l'instillation du collyre au nitrate d'argent, à 4 grammes.

Je me suis assuré par des expériences comparatives que les enfants traités par le collyre seul guérissaient beaucoup plus lentement, présentant ces rémissions et ces rechutes si fréquentes dans le cours de ces maladies et qui font le désespoir du médecin. Je parvins à la fin de l'année, sûr de ce traitement, à ne plus employer que le traitement purement local, et à laisser complétement de côté les autres médications, telles que le calomel à dose réfractée et les sangsues.

Les douches doivent, autant que possible, être administrées par le médecin lui-même. Forcé pendant un certain temps de confier la douche aux mains des employés du service, je remarquai bientôt que les ophthalmies restaient stationnaires, et la guérison ne devint rapide que lorsque je surveillai moi-même le traitement.

Les douze autres enfants que je traitai par cette méthode étaient des nouveau-nés, appartenant au service des nourrices de l'hôpital

Necker. Ce service, très-convenablement disposé, présente une salle de vingt-huit lits de femme avec vingt-huit berceaux pour les enfants; situé au rez-de-chaussée, entre cour et jardin, bien aéré, il présente toutes les conditions hygiéniques désirables. Aussi on n'y a jamais observé d'épidémie, de fièvre puerpérale, érysipèle, ophthalmie purulente ou autre.

Au mois d'octobre 1861, trois enfants, atteints d'ophthalmie purulente, entrèrent le même jour dans le service; deux mères avaient contracté la maladie de leurs enfants, qui furent immédiatement soumis aux douches oculaires et à l'instillation du collyre. Vingt-quatre heures après, trois enfants, qui se trouvaient dans la salle avant l'arrivée de ces nouveaux venus, contractèrent l'ophthalmie purulente. Il s'était formé ainsi un petit foyer d'infection qui avait développé la contagion. Le surlendemain à la visite, on nous montra trois nouveaux enfants atteints d'ophthalmie purulente.

Dans ce nombre étaient deux enfants nés la veille au soir, et qui, nés de mères très-saines, se trouvaient donc, depuis douze heures seulement, soumis à la contagion, temps bien suffisant du reste. Dans la crainte de voir la maladie se développer dans toute la salle et s'y maintenir ensuite à l'état endémique (comme cela s'est vu souvent), nous eûmes soin de faire administrer des douches oculaires à tous les enfants qui entraient dans le service, ainsi qu'aux nouveau-nés. Ce traitement préventif réussit à merveille : trois enfants seulement furent atteints depuis, et au bout de quinze jours l'épidémie était complétement arrêtée.

Dans ces derniers faits que je viens de citer, comme j'assistais au début de la maladie, je supprimai le collyre, et, par le seul moyen des douches, je réussis très-bien à guérir les petits malades.

Enfin, je dois à l'obligeance de M. Nivert, interne à l'hospice de la Maternité, la communication de la note suivante, où se trouvent exposés les résultats fournis par ce mode de traitement à cet hôpital, où l'ophthalmie des nouveau-nés sévit presque constamment :

Dans les trois premiers mois de l'année 1862, 609 enfants sont nés à la Maternité. Sur ce nombre 139 ont été atteints d'une inflammation de la muqueuse oculo-palpébrale. L'ophthalmie purulente a été observée dans la proportion de 1 sur 5. Tous ont été soumis aux douches d'eau froide, et ce n'est que dans les cas graves que M. Danyau fit ajouter l'emploi d'un collyre au nitrate d'argent (20 à 30 centigrammes de nitrate pour 30 grammes d'eau). Toutes ces affections oculaires n'eurent pas la même intensité.

30 enfants furent atteints d'ophthalmie légère. 61 eurent des

symptômes inflammatoires plus intenses, et chez 35 enfants, l'ophthalmie fut des plus graves.

Voici maintenant les résultats obtenus :

72 enfants sont partis en très-bon état, la conjonctive parfaitement saine.

45, au moment de leur départ, étaient en bonne voie de guérison, bien qu'ils eussent encore une rougeur morbide de la surface oculo-palpébrale.

17 enfants ont été emportés par leurs mères au milieu du traitement et les yeux en mauvais état. 5 seulement sont morts. Tous étaient nés avant terme. Des affections gastro-intestinales et le sclérème furent la cause de leur mort.

Dans tous les faits que nous venons de citer, la douche oculaire a donc fourni des résultats très-heureux, de sorte que ce traitement des ophthalmies se recommande à la fois par son utilité et par sa facilité d'exécution.

Note sur le traitement des fractures de larotule par un nouvel appareil.

Par M. U. Trélat, chirurgien des hôpitaux.

Je ne passerai point en revue ici tous les appareils employés pour la fracture de la rotule ; l'expérience a, d'ailleurs, prononcé sur un grand nombre d'entre eux. Cependant quelques remarques sont indispensables.

On a renoncé aux appareils mécaniques, parce que ce sont des machines qu'on n'a pas sous la main au moment voulu, qu'elles ne peuvent s'adapter exactement sur tous les individus, ce qui force à les modifier pour chaque cas particulier, et, enfin, parce que leurs résultats ne compensent nullement ces graves inconvénients.

Les bandages se relâchent, cachent aux yeux du chirurgien la fracture et ne servent, en définitive, qu'à maintenir la position ; de plus, ils sont extrêmement gênants pour les malades, à cause de la constriction énergique qu'il faut exercer, sous peine d'inefficacité absolue. Sans doute on évite le relâchement à l'aide des bandages plâtrés ou dextrinés, mais les deux derniers inconvénients subsistent complétement.

L'appareil de Boyer compte un grand nombre de partisans ; M. Laugier et M. Morel-Lavallée lui ont fait subir des modifications avantageuses, et cependant aucune de ces formes n'est à l'abri de la critique.

Déjà M. Malgaigne a montré que, sous l'influence de la forte

pression des courroies, les fragments rotuliens basculent et que les surfaces de fracture forment un angle ouvert en avant ; que la pres-

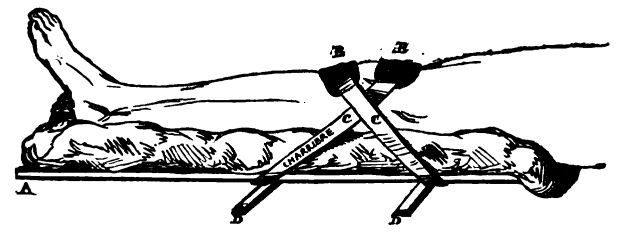


Fig. 1. — Appareil de Boyer, modifié par M. Laugier.

sion n'est pas égale sur tous les points du bord supérieur de la rotule, plus saillant en dehors qu'en dedans.

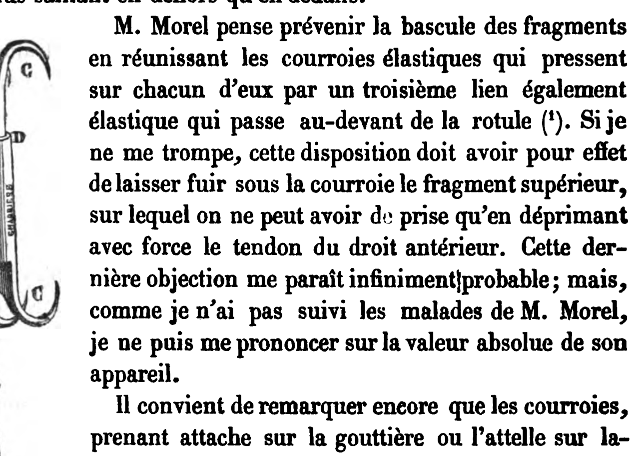


Fig. 2.

M. Morel pense prévenir la bascule des fragments en réunissant les courroies élastiques qui pressent sur chacun d'eux par un troisième lien également élastique qui passe au-devant de la rotule ([1]). Si je ne me trompe, cette disposition doit avoir pour effet de laisser fuir sous la courroie le fragment supérieur, sur lequel on ne peut avoir de prise qu'en déprimant avec force le tendon du droit antérieur. Cette dernière objection me paraît infiniment probable ; mais, comme je n'ai pas suivi les malades de M. Morel, je ne puis me prononcer sur la valeur absolue de son appareil.

Il convient de remarquer encore que les courroies, prenant attache sur la gouttière ou l'attelle sur laquelle repose le membre, le moindre mouvement de ce dernier changera les rapports des fragments avec les agents de contention ; or, il est aisé de constater que lorsque la jambe et la cuisse sont placées dans l'extension, tout mouvement du bassin se traduit par une torsion, suivant l'axe, de l'extrémité inférieure.

Pour avoir raison de toutes ces difficultés et pour arriver à une coaptation exacte, M. Malgaigne a proposé et employé un instrument bien connu de tous, *la griffe* (fig. 2).

Malgré son apparente fixité, dans bon nombre de cas, l'instrument se déplace, il glisse sur la rotule et

([1]) *Bulletin de Thérapeutique*, t. LIX, p. 402.

éraille la peau ; parfois même, les pointes traversant obliquement les fibres tendineuses appuient sur la face antérieure et non sur le bord de l'os; enfin, et par-dessus tout, le moyen est violent et pénible à supporter, si bien qu'il n'a pas été accepté dans la pratique, et qu'en face d'un nombre de faits très-restreint, il est impossible de se prononcer dans un sens ou dans l'autre.

J'ai pensé qu'en évitant tout traumatisme on pourrait utiliser cette action de la griffe, qui ramène bien parallèlement les fragments l'un vers l'autre. De là l'idée d'un appareil très-simple, très-facile à composer, et qui, à en juger par les deux circonstances dans lesquelles je l'ai employé, me paraît devoir donner un bon résultat.

Voici la description de cet appareil : je suppose qu'il n'y a pas de gonflement inflammatoire ou qu'il a été apaisé par les moyens convenables. Je taille deux plaques de gutta-percha, longues de 10 à 12 centimètres, larges à une extrémité de 6 centimètres environ et à l'autre de 3 ou 4 centimètres. Une épaisseur de 5 à 6 millimètres est parfaitement convenable. Ces plaques sont ramollies dans l'eau chaude. Le membre étant maintenu dans l'extension forcée et la cuisse fléchie à 45 degrés sur le bassin, les deux plaques sont déposées sur chacun des fragments, de telle sorte qu'elles se regardent par leur extrémité la plus large ; avec les doigts mouillés on moule la gutta-percha sur les contours de la rotule et des parties ambiantes. Avec un peu d'habitude on obtient un moule très-exact, épousant les moindres saillies et conservant jusqu'à l'empreinte des poils. J'insiste sur la nécessité d'un moulage parfait, car l'efficacité et l'innocuité de l'appareil reposent sur ce premier temps. On applique sur la gutta-percha des linges trempés dans l'eau froide, et, dès que les plaques sont assez dures pour pouvoir être enlevées sans déformation, on les plonge dans un vase rempli d'eau froide où, en quelques minutes, elles ont recouvré leur résistance normale.

On les place alors très-facilement sur les parties qu'elles moulent sans interposer aucun corps étranger, et on les fixe au niveau des extrémités pointues par une bandelette de diachylon médiocrement serrée, qui fait une ou deux fois le tour du membre. Sans cette précaution, au moment où on applique la griffe, chaque plaque se relèverait par sa pointe, et la griffe cesserait immédiatement d'agir. Lors de mon premier essai, j'avais taillé des plaques beaucoup trop courtes, aussi étais-je dans l'obligation de serrer fortement les bandelettes pour empêcher le relèvement des extrémités. En donnant aux plaques la longueur que j'ai indiquée, on a un bras de levier suffisant pour qu'une faible pression s'oppose à la bascule des plaques.

On ramène alors à l'aide des doigts les deux plaques l'une vers l'autre et on implante fortement dans chacune d'elles la moitié correspondante de la griffe. Nulle crainte de transpercer la gutta-percha et d'arriver jusqu'à la peau ; je me suis assuré, en pressant de toute ma force sur une table, que la substance gommeuse ne se laisse pénétrer qu'avec difficulté et que les pointes arrivent rarement à la moitié de son épaisseur.

Il ne reste plus qu'à faire agir la vis et à maintenir ainsi plaques et fragments rapprochés au degré voulu.

Pour éviter toute mobilité, je dépose le membre dans une gouttière dont l'appareil propre de la fracture est totalement indépendant. Cette gouttière est maintenue relevée par son extrémité inférieure à 35 ou 40 degrés.

Cet appareil, dont la figure ci-jointe donnera une bonne idée, ne cause pas de souffrance ; la pression, très-uniforme et répartie sur une large surface, ne détermine aucun accident, et, dans l'intervalle

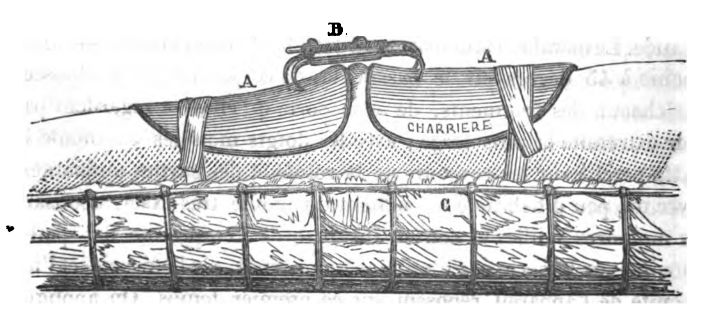


Fig. 3.

des deux plaques, on peut apprécier avec exactitude l'état de la fracture (fig. 3).

Au bout de quelques jours, une semaine en général, les parties molles s'affaissant, les plaques agissent moins exactement. Dès qu'on constate cet état, on enlève l'appareil, et en ramollissant dans l'eau chaude les extrémités rotuliennes des deux plaques, on rétablit les choses telles qu'elles doivent être, avec d'autant plus de facilité que l'inspection quotidienne de la fracture n'est gênée par rien.

Au bout d'un mois, l'appareil a donné tous ses résultats ; il est bon de laisser encore pour quelques jours le membre dans l'extension, mais les plaques et la griffe doivent être enlevées.

Sans exagérer la valeur du moyen thérapeutique que je propose, j'ai pensé qu'il était bon de le faire connaître. Facile à disposer pour

le chirurgien, facile à supporter pour le malade, il laisse toute liberté à l'examen et agit avec une efficacité qui ne me paraît le céder à aucun autre appareil.

CHIMIE ET PHARMACIE.

De l'essai des huiles.

Par M. C. Favrot.

Jusqu'en 1819, on ne connaissait aucun moyen de constater la pureté des huiles d'olive, et le consommateur se trouvait entièrement à la discrétion de la bonne foi du fabricant; mais à cette époque, un chimiste de Marseille, M. Poutet, eut l'idée d'essayer l'action du nitrate acide de mercure sur les huiles d'olive. Il avait été conduit à cet examen par l'observation qu'il avait faite, que ce composé chimique avait la propriété de solidifier cette huile dans la préparation de la pommade citrine.

Pendant plusieurs années, le réactif Poutet fut le seul employé ; mais M. Félix Boudet démontra, quinze ans après la découverte de M. Poutet, que dans son réactif le mercure n'avait aucune action, et que l'acide *hyponzotique* seul solidifiait l'huile d'olive. Il était donc tout à fait inutile d'employer le nitrate acide de mercure, il suffisait de faire intervenir l'acide azotique contenant de l'acide hypoazotique pour obtenir tous les phénomènes produits par le nitrate acide de mercure lui-même.

Mais les réactifs Poutet et Boudet étaient d'une conservation difficile; leur emploi exigeait des soins de manipulation qui ne pouvaient être à la portée de tout le monde; enfin, le point de solidification des huiles était lui-même assez difficile à observer, et la température avait aussi son influence sur le temps nécessaire à cette solidification.

On cherchait donc un moyen plus pratique, d'une application plus facile, en un mot, un réactif qui pût dire instantanément si l'huile d'olive était pure ou mélangée. Nous croyons que ce réactif est trouvé, et c'est à M. Hauchecorne, pharmacien à Yvetot, qu'on en doit la découverte.

M. Hauchecorne avait étudié, à son tour, l'action de l'acide hypoazotique sur l'huile d'olive, et il en avait conclu que c'était à sa grande avidité pour l'oyxgène qu'était due la réaction qui se produisait; mais cette huile était-elle la seule à avoir cette affinité? Evidemment non, et nous n'en voulons pour preuve que les incen-

dies spontanés qui résultent de l'accumulation des laines huilées réunies en tas dans les filatures, et les précautions qu'on est obligé de prendre pour les empêcher de s'enflammer par la seule action de l'air.

Cette conviction porta notre confrère à expérimenter son réactif sur les principales huiles employées dans le commerce, et il reconnut que chaque espèce d'huile offrait un caractère spécial qui permettait de la distinguer des autres et d'apprécier les proportions des mélanges qu'on pouvait faire subir à l'huile d'olive à l'aide des huiles de graines.

Les huiles soumises à l'expérience par M. Hauchecorne sont : l'huile d'*olive*, l'huile d'*œillette*, l'huile de *sésame*, l'huile d'*arachide* et celle de *faîne*.

C'est l'eau oxygénée qui constitue le réactif de notre confrère ; il l'emploie à la dose d'un volume pour quatre volumes d'huile à essayer, et comme son application est plutôt industrielle que purement scientifique, il s'en est assuré la propriété par un brevet d'invention.

La véritable découverte de M. Hauchecorne, c'est la mise au jour d'une réaction spéciale qui se produit sur un des principes essentiels à chaque espèce d'huile, que M. Hauchecorne suppose être l'albumine et le mucilage, sous l'influence d'une quantité déterminée d'oxygène.

Cela est si vrai, que, si, au lieu d'opérer sur quatre volumes d'huile et un volume de réactif ou sur des multiples de ces deux nombres, on modifie ces proportions, on n'arrive jamais à une netteté aussi grande dans les résultats, et l'instantanéité de la réaction n'a plus lieu.

De même, M. Hauchecorne s'est aperçu que la pureté plus ou moins grande de chaque espèce d'huile avait une influence sur l'intensité de la coloration produite, et que cette intensité était d'autant plus grande que l'huile essayée était moins pure.

Ainsi, M. Hauchecorne admet que l'eau oxygénée exerce deux actions chimiques sur les huiles : la première se manifesterait sur le mucilage et l'albumine, en déterminant une coloration spéciale ; la seconde, sur le principe gras qu'elle tendrait à oxygéner et à solidifier.

C'est l'huile d'olive qui a surtout fixé l'attention de notre confrère, comme étant celle qui, en raison de sa valeur, était le plus souvent falsifiée ; il a été assez heureux pour déterminer non-seulement son mélange avec des huiles de graines, mais encore pour reconnaître la qualité de l'huile elle-même.

Il n'est pas rare, en effet, qu'une huile, vierge de mélange, soit soupçonnée de falsification, parce que le producteur aura tantôt négligé de faire le choix des olives, portant au moulin *primeurs* et *fruits mûrs*, et tantôt mêlé plusieurs variétés d'olives en vue de leur bonification. On obtiendra toujours, il est vrai, un liquide d'une belle eau, mais il sera quelque peu amer et âpre à la gorge, simulant au goût la présence d'une huile de graine qui n'y existera cependant pas.

Mais le réactif Hauchecorne met au grand jour et rend pour ainsi dire palpable ce point délicat de pureté et de qualité, objet si fréquent de discussion entre vendeurs et acheteurs. Son action est basée sur ce fait bien constaté, que la présence du principe colorant vert dans l'olive coïncide avec la maturité du fruit et en est l'indice le plus certain. Cette matière colorante est au contraire peu développée dans le fruit dit *primeur*, chez lequel, en revanche, prédomine le principe âpre et amer. C'est ce principe colorant vert, particulier à l'olive mûre, que l'eau oxygénée met en évidence.

Voici comment M. Hauchecorne fait usage de son réactif : il introduit dans un tube gradué quatre parties d'huile à essayer et une partie de réactif; il bouche le tube, il agite fortement pendant quelques secondes, puis il laisse reposer, et voici ce qu'il observe :

L'huile d'olive pure prend une teinte qui varie du VERT-POMME au VERT TENDRE ;

L'huile d'œillette prend une couleur ROSE-CHAIR ;

L'huile de sésame prend une couleur ROUGE VIF, et le réactif se colore lui-même;

L'huile d'arachide prend une teinte d'un GRIS JAUNATRE LAITEUX ;

L'huile de faîne se colore EN ROUGE OCRACÉ, sans coloration du réactif.

Voilà des nuances bien précises, qui ne permettent pas de confondre les huiles entre elles; mais le procédé eût été imparfait s'il n'avait pas donné d'autre résultat. Aussi M. Hauchecorne a-t-il opéré lui-même les mélanges de ces huiles avec l'huile d'olive dans des proportions différentes, il les a soumis à son réactif, et il a obtenu les résultats suivants :

L'huile d'olive, mêlée à 10 pour 100 d'huile d'œillette, a pris une teinte GRIS SALE avec REFLET VERDATRE; à 30 pour 100, une nuance d'un GRIS SALE FRANC ; à 50 pour 100, une couleur GRIS ROSÉ FRANC.

L'huile d'olive, mêlée à 10 pour 100 d'huile d'arachide, a pris une teinte d'un VERT LAITEUX; à 30 pour 100, une teinte d'un

GRIS LÉGER; à 50 pour 100, une couleur d'un GRIS nuancé de JAUNATRE.

L'huile d'olive, mêlée à 10 pour 100 d'huile de sésame, a pris une nuance AMBRÉE, et le réactif s'est coloré; à 30 pour 100, elle a pris une couleur ORANGÉ VIF; à 50 pour 100, une couleur ROUGE très-prononcée.

L'huile d'olive, mêlée à 10 pour 100 d'huile de faîne, a pris une teinte d'un GRIS SALE avec reflet JAUNE; à 30 pour 100, la couleur est devenue JAUNE ROUSSATRE; à 50 pour 100, la nuance est devenue ROUGE OCRACÉ CLAIR.

Quand on examine ce tableau, on remarque que c'est l'huile de *sésame* qui est la plus facile à reconnaître, et que c'est celle d'*arachide* qui, au contraire, peut le plus facilement échapper à l'expertise; en effet, son type étant le GRIS JAUNATRE, on conçoit sans peine qu'une petite quantité de cette huile, ajoutée à l'huile d'olive, ne fasse qu'amoindrir la couleur verte caractéristique de cette dernière; mais la combinaison laiteuse fournie par l'huile d'olive arachidée avec le réactif Hauchecorne, persiste au delà de vingt-quatre heures et empêche de la confondre avec l'huile d'olive rancie, qui, après avoir offert une réaction légèrement laiteuse, s'éclaircit au bout d'une heure ou deux de repos.

M. Hauchecorne avait eu la pensée de faire établir des cartes coloriées indiquant les teintes offertes par son réactif sur les mélanges d'huile d'olive avec les huiles de graine en diverses proportions; mais il en a été détourné par les négociants eux-mêmes, qui lui ont démontré la nécessité d'accorder une latitude pour les nuances, afin d'éviter de nombreux procès; c'est pour cela qu'il a fixé depuis le *vert-pomme* jusqu'au *vert tendre* pour la nuance donnée par l'huile d'olive pure.

La coloration vert-pomme indique que le fruit qui a servi à la préparation de l'huile d'olive était plus que mûr; c'est celui que les fabricants désignent sous le nom de *confiture;* la coloration vert tendre s'applique à l'huile produite par des olives *tout venant*, mais sans fruits gâtés; mais si l'huile est rancie, elle prend avec le réactif l'aspect d'une émulsion avec ou sans teinte verte; enfin, si elle possède une saveur amère, c'est l'indice qu'elle a été obtenue avec des olives *primeurs*.

Les huiles de Nice, de Port-Maurice et de la rivière de Gênes ont donné à M. Hauchecorne les réactions de premier ordre; celles d'Aix et de Grasse venaient au second rang.

L'huile d'olive servie sur la table de l'Empereur lui a donné le

vert des feuilles naissantes, ce qui indique une bonne fabrication, faite avec des fruits de choix, et une huile bien purifiée.

Le mélange qui a présenté le plus de difficultés à notre confrère est celui de l'huile d'arachide. Les perfectionnements apportés dans la culture de cette graine, dans le midi de la France, permettent d'obtenir de l'huile très-douce, n'altérant nullement le parfum de l'huile d'olive et pouvant se mêler avec elle dans la proportion de 50 pour 100, sans que le dégustateur le plus gourmet puisse s'en apercevoir. Le réactif Poutet seul peut signaler cette fraude ; mais, s'il dévoile une proportion de 50 pour 100 d'huile d'arachideet au-dessous, il est muet quand la proportion d'arachide dans l'huile d'olive ne passe pas 25 pour 100 ; aussi les fraudeurs se gardent bien de dépasser cette limite, et les huiles d'olive surfines à parfum de fruit peuvent très-bien contenir 20 pour 100 d'arachide, sans que le réactif Poutet ou Boudet en dise rien.

L'habileté dans ce genre de fraude est poussée à tel point, que M. Hauchecorne a expérimenté de l'huile d'olive arachidée à 20 pour 100, et cette huile, traitée par le réactif Poutet, en même temps que six autres échantillons, parmi lesquels se trouvait l'huile de la table de l'Empereur, s'est solidifiée la première, devançant l'huile impériale d'une douzaine de minutes. Soumise à l'action d'un mélange frigorifique, elle n'a pas présenté les granules sablonneux de l'huile d'arachide, mais il s'y est formé de beaux grumeaux comme aurait pu le faire la meilleure huile d'olive.

Cette fraude admirable de perfection n'échappe pas à la sensibilité du réactif Hauchecorne, et la combinaison laiteuse persistante que donne cette huile arachidée devient un obstacle insurmontable à cette habile falsification.

Quant au mélange des autres huiles avec l'huile d'olive, il est vraiment impraticable en présence du réactif Hauchecorne ; à la dose de 5 pour 100 seulement, ces huiles manifestent, sous l'influence du réactif, les phénomènes de coloration que nous avons indiqués à 10 pour 100 ; et dès qu'on a versé le réactif, et qu'après avoir bien bouché le tube et bien agité le mélange, on le regarde attentivement, si l'on voit fuir la teinte verte de l'olive, au lieu de la voir se fortifier, on peut dire *à priori* que cette huile n'est pas tout olive, et, au bout de deux minutes, le caractère spécial à l'espèce d'huile ajoutée se dessine nettement et permet d'en déterminer la nature et même la proportion.

Sur 292 huiles d'olive du commerce, examinées par M. Hauchecorne chez divers débitants de la Seine-Inférieure, il en a trouvé

une seule mélangée d'œillette, six avec de l'huile de sésame, près d'un cent avec l'arachide, une vingtaine seulement étaient faites avec des olives de premier choix, les autres avaient été obtenues avec des olives à primeur ou rancies. Les mélanges se font ordinairement dans les proportions de 25 à 40 pour 100, rarement plus, mais aussi rarement moins.

Notre intention n'est pas de critiquer l'usage de l'huile d'arachide dans l'alimentation; cette huile a maintenant, grâce aux perfectionnements apportés dans sa préparation, conquis droit de cité; mais son prix est si différent de celui de l'huile d'olive, que le mélange de l'une avec l'autre est une véritable tromperie sur la nature de la chose vendue.

A notre avis, le réactif Hauchecorne a atteint le degré de précision et de certitude que l'on peut exiger dans les expertises commerciales; il y joint une grande rapidité dans l'exécution des essais que l'on veut faire, et une grande simplicité dans son emploi.

A tous ces titres, il mérite l'attention dont il est l'objet, et il est appelé à faire cesser une fraude que tous les efforts de la science n'avaient pu détruire, même après les travaux ingénieux de MM. Poutet, de Marseille, et Boudet, de Paris.

Procédé pour extraire l'atropine de la racine de belladone.

Nous empruntons au Répertoire de pharmacie l'analyse du procédé fourni par M. W. Procter.

On humecte d'alcool 600 grammes de racine pulvérisée, on les tasse dans un appareil à déplacement, et on les lessive avec le même dissolvant jusqu'à ce qu'il se soit écoulé près de 4 litres de teinture. On la laisse en contact pendant vingt-quatre heures avec 30 grammes de chaux éteinte, en ayant soin d'agiter souvent. On sature alors par l'acide sulfurique en très-léger excès, et, après filtration, on réduit à 80 grammes par l'évaporation le poids du liquide, que l'huile grasse recouvre d'une pellicule cristalline. Après addition de 100 grammes d'eau, il est jeté sur un filtre mouillé, qu'on lave jusqu'à ce que le poids des liquides atteigne 250 grammes. Ils sont agités avec 30 grammes de chloroforme, qui dissout le sulfate d'atropine et que l'on sépare. On y verse de nouveau 45 grammes de chloroforme, et assez de potasse pour donner au liquide une réaction franchement alcaline : on agite, et lorsque le chloroforme est bien déposé, on le sépare ; par l'évaporation spontanée, il laisse cristalliser l'atropine, qu'il faut purifier par une deuxième cristalli-

sation après dissolution dans l'alcool mêlé d'un peu de noir animal. La quantité du produit s'élève à peine à 1/3 pour 100 du poids de la racine sèche.

Sirop fébrifuge laxatif.

M. Pavesi, de Mortara, recommande la formule suivante :

Pr.	Sulfate de cinchonine....................	18 parties.
	Sucre raffiné............................	600 parties.
	Eau distillée............................	1000 parties.
	Acide citrique cristallisé................	10 parties.
	Café vert du Levant torréfié..............	450 parties.
	Séné oriental............................	50 parties.
	Rhubarbe de Perse........................	25 parties.

Le café torréfié, la rhubarbe, le séné réduits en poudre grossière, sont traités par l'eau bouillante ; on opère de façon à obtenir ainsi 600 grammes de liquide ; ce liquide est placé sur le feu dans un récipient de cuivre ; on ajoute alors le sel de cinchonine, l'acide citrique et le sucre ; la solution se fait au bain-marie, et on laisse évaporer à une douce chaleur jusqu'à consistance d'un sirop épais. Le produit ainsi obtenu est conservé dans de petites bouteilles qu'on tient dans un lieu frais et sec.

Le café torréfié n'enlève pas seulement l'amertume du sulfate de cinchonine ; aussi il masque l'odeur désagréable du séné et de la rhubarbe, sans en atténuer les qualités fébrifuges et laxatives. L'acide citrique augmente la solubilité du sel de cinchonine, et il exalte les propriétés fébrifuges du café, comme l'ont déjà constaté Grindel, Pouqueville, Turray, Thomson et autres.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Cas d'ablation du maxillaire supérieur et de sa restauration mécanique.

Le soin que vous prenez de nous rassembler tous les modèles d'appareils prothétiques destinés à parer aux infirmités que créent les mutilations, nous impose le devoir de ne laisser perdre aucun des faits de notre pratique qui peuvent vous aider à remplir votre mission. Nous avons sur vous l'avantage de suivre les malades un plus longtemps, et, par conséquent, de mieux juger de l'étendue du service rendu par la prothèse. Ce sont ces motifs qui m'engagent à vous adresser l'observation suivante de l'une de mes malades

que vous avez vue il y a trois années déjà, lorsque je l'ai conduite à Paris. Ce laps de temps écoulé m'est garant que l'avenir ne viendra pas démentir les bons résultats de la restauration mécanique que je vous signale aujourd'hui. Voici le fait :

Obs. *Tumeur fibro-plastique du maxillaire supérieur gauche. — Résection de cet os en conservant le plancher de l'orbite. — Récidive dans l'éthmoïde du même côté. — Résection de la portion altérée. — Rétablissement complet des fonctions buccales au moyen d'un appareil prothétique appliqué depuis trois ans.* — Mlle X***, de Lille, âgée de trente-huit ans, d'une constitution très-nerveuse, habituellement maigre, souffrant depuis plusieurs années de douleurs névralgiques vagues siégeant particulièrement à l'hypogastre, dans la région sternale, et à la face, très-souvent préoccupée de palpitations survenant à la moindre émotion, assez bien réglée cependant, ressentit des douleurs assez vives dans la région maxillaire supérieure gauche dans le mois de janvier 1859. Comme elle avait souvent souffert de ses dents, lesquelles étaient presque toutes plus ou moins altérées à la mâchoire supérieure, elle ne s'en préoccupa pas ; mais ces douleurs persistant plus longtemps que dans ses névralgies antérieures, gênée en outre par un larmoiement incommode du côté gauche, elle me fit appeler.

1er février. Engorgement douloureux de la paupière inférieure gauche, dû à la présence d'une tumeur lacrymale qui par la pression se vide par les points lacrymaux ; douleurs vives revenant par paroxysmes irréguliers et occupant toute la moitié supérieure du côté gauche de la face. Les dents supérieures du même côté manquent en grande partie ; la canine, qui est saine, est ébranlée et douloureuse ; il en est de même de la deuxième incisive et de la première petite molaire. Au niveau de ces dents, et spécialement de la canine, la gencive est soulevée par une tumeur molle, résistante, faisant corps avec l'os, mais ne paraissant pas occuper tous le sinus maxillaire. La narine gauche est perméable à l'air, on n'y voit aucune tuméfaction anormale, non plus que du côté du palais. Je diagnostique une tumeur née dans l'os maxillaire, au voisinage de l'alvéole de la dent canine, envahissant le sinus maxillaire, comprimant le canal nasal, et causant d'une part la tumeur lacrymale, et d'autre part les douleurs névralgiques de la face. Cependant, tout en faisant mes réserves auprès de la famille, je crois devoir administrer l'iodure de potassium à l'intérieur, en même temps que divers moyens calmants sont employés à l'intérieur et à l'extérieur.

Malgré ces moyens, la maladie fait des progrès rapides ; un abcès

lacrymal est incisé, ce qui soulage beaucoup la malade; la paupière inférieure et le grand angle reprennent leur aspect normal, sauf l'ouverture de l'abcès qui reste fistuleuse et donne issue aux larmes. La tumeur maxillaire envahit rapidement le sinus, dont la paroi antérieure est soulevée et molle; elle fait saillie à la voûte palatine, près du bord alvéolaire, tandis que, du côté des fosses nasales, elle obstrue la narine correspondante. En même temps les douleurs névralgiques, plus vives et plus persistantes, occupent toute la moitié gauche de la tête, empêchent le sommeil, troublent la digestion et provoquent un amaigrissement de plus en plus marqué.

En face de ces accidents croissants, je déclare à la famille d'abord, puis à la malade, qu'une opération est la seule ressource qui nous reste. Trois jours après, 14 mars, mon très-savant et très-habile confrère, M. Bailly, appelé en consultation, approuve l'opération et veut bien m'aider dans son exécution.

Sachant par l'étude anatomo-pathologique des os maxillaires supérieurs que j'avais enlevés en entier dans des cas analogues, que l'altération osseuse n'occupe pas l'os tout entier, qu'elle débute presque toujours par le bord alvéolaire, qu'en envahissant le sinus elle se couvre de la membrane muqueuse de ce sinus, laquelle vient s'accoler à celle qui couvre sa paroi supérieure et postérieure, mais sans y adhérer (toutes propositions que je me propose de développer dans un travail ultérieur), je résolus de faire profiter ma malade de ces notions anatomiques, en n'enlevant que les portions osseuses malades.

Le 16 mars 1859, aidé de M. Bailly, de mon chef de clinique et de deux élèves du service, la malade étant chloroformée, je pratique l'opération suivante :

Une incision verticale suivant l'angle du nez et de la joue, tombant sur le bord libre de la lèvre, et pénétrant dans la fosse nasale, sans intéresser la narine, permet de découvrir les parties malades; je coupe obliquement, avec la scie à chaîne introduite par le canal nasal, l'apophyse montante, puis sur la ligne médiane la voûte osseuse du palais, j'enfonce la paroi externe du sinus avec un ostéotome en forme de grattoir, et je fais basculer la tumeur dans la bouche. Elle ne tient plus que par l'apophyse de l'os palatin, qui est coupée avec de forts ciseaux. Le sinus, dépouillé de la membrane muqueuse, est sain en arrière et en haut. Cependant, et pour plus de sûreté, j'enlève encore une partie du plancher orbitaire, voisine du canal nasal, j'enlève le cornet inférieur, le cornet moyen, j'échancre largement la cloison des fosses nasales, et contourne l'apophyse palatine du maxil-

laire droit. En arrière, je laisse le bord postérieur de la portion horizontale du palatin A (fig. 1), et la portion la plus reculée du sinus maxillaire répondant à l'emplacement de la dernière molaire, laquelle était tombée depuis longtemps. Réunion par six points de suture entortillée.

L'opération est bien supportée, mais elle est suivie de vomissements et de fièvre, indices d'un érysipèle qui est manifeste le troisième jour. Cependant il n'envahit que la face, l'oreille gauche, le col et s'arrête au bout de huit jours, sans entraver la guérison, qui était complète au bout de quinze jours.

La tumeur, partout assez molle, d'un gris blanc, rosé par places, était formée d'éléments fibro-plastiques.

A partir de l'opération, plus de douleurs névralgiques. Pendant tout le mois d'avril la santé était excellente, meilleure même que les années qui avaient précédé l'opération.

Mais dans les premiers jours de mai, Mlle X*** accuse des douleurs dans la région frontale, vers l'angle orbitaire, ces douleurs l'effrayent, elle leur trouve les mêmes caractères que celles qu'elle ressentait avant l'opération. Je crois reconnaître un peu de tuméfaction vers le côté interne de l'orbite, et je soupçonne une reproduction du mal dans ce point; cependant, comme il n'y a rien de bien évident, je cherche à la rassurer et je lui conseille d'aller passer quelques jours à la campagne, lui recommandant de venir me trouver au bout de huit jours.

Elle ne revient qu'au bout de quinze jours, et lorsque je la revois, à la date du 18 mai, je suis tellement effrayé des progrès du mal, que je suis tout d'abord tenté de n'y plus toucher.

La tumeur développée dans la masse latérale gauche de l'ethmoïde paraît avoir deux fois environ le volume de la première phalange du pouce; elle repousse le globe oculaire en dehors et un peu en avant; en haut elle semble se prolonger dans l'épaisseur du frontal; en avant elle adhère à la peau, laquelle est tendue, luisante et très-amincie.

Considérant que la tumeur née dans les cellules de l'ethmoïde, ne doit pas avoir atteint la dure-mère, et que, d'autre part, la malade est vouée à une mort prochaine et très-douloureuse, je me décide à en proposer l'extirpation. M. Bailly voit la malade le 20 mai, il m'approuve et dès le lendemain nous procédons à la deuxième opération.

Incision verticale partant de l'éminence sourcilière et descendant jusqu'au bord libre de la lèvre, en suivant la cicatrice de la première

opération. Sur cette incision verticale une incision transversale va joindre le grand angle de l'œil. La tumeur, mise à nu en avant et en dehors, est attaquée par un petit couteau ostéotome, porté d'abord vers l'angle inféro-interne de l'orbite, puis à l'angle supéro-interne, de manière à séparer l'ethmoïde du frontal, puis saisie avec de fortes pinces et arrachée d'une seule pièce. Elle comprend toute la masse latérale de l'ethmoïde, l'extrémité supérieure de l'apophyse montante du maxillaire et la portion attenante du frontal. Le sinus frontal est ouvert et l'on sent avec le doigt, à travers la dure-mère qui répond à la gouttière ethmoïdale, les battements du cerveau.

Réunion par la suture; mais un érysipèle plus intense que le premier vient entraver la cicatrisation qui ne se fait pas à l'angle répondant à la paupière inférieure. L'amincissement très-grand de la peau dans ce point, l'absence de support vers la face profonde des lambeaux explique ce défaut d'adhésion. L'extrémité interne de la paupière inférieure, entraînée en arrière par la rétraction de la cicatrice, laisse une ouverture qui fait communiquer le grand angle de l'œil avec les fosses nasales. Cette ouverture disgracieuse eût pu être fermée par une petite opération; mais la patiente, très-heureuse du résultat, craignant d'ailleurs un troisième érysipèle, n'a pas voulu s'y soumettre.

Bientôt Mlle X*** retrouve toute sa santé, mais les fonctions buccales sont gravement compromises. Mlle X***, ne peut presque pas mâcher, elle ne vit que d'aliments mous et liquides. Ces aliments reviennent le plus souvent par les fosses nasales, malgré l'attention extrême qu'elle met à éviter ce désagrément. Mais ce qui lui est le plus pénible, c'est la difficulté de se faire comprendre. Pendant les premiers mois elle ne communiquait que par écrit. Puis elle s'essaya à parler; mais à l'exception de sa sœur, qui vivait constamment avec elle, personne ne pouvait la comprendre, tant sa prononciation était défectueuse.

Dans les six mois qui suivirent, divers changements s'effectuèrent dans l'intérieur de la cavité bucco-nasale; certaines cavités se remplirent, des saillies osseuses s'effacèrent; j'espérais que des changements favorables se montreraient aussi dans les fonctions troublées; qu'à force d'exercice et d'efforts elle parviendrait à parler distinctement, ainsi que je l'ai observé chez cet autre opéré, Viéville, auquel j'avais enlevé les deux maxillaires supérieurs, et qui a pu se faire entendre de toute l'Académie.

Il n'en fut pas de même pour Mlle X***, lorsque je la conduisis

chez M. Préterre, le 6 décembre 1859, elle était tout aussi inintelligible.

Mlle X*** offrait alors l'état suivant : toute la moitié gauche de la voûte palatine osseuse et de l'arcade dentaire manque. Il ne reste sur la moitié droite que deux dents : la canine et la première grosse molaire, cariées toutes deux, mais encore solides. En arrière et à gauche se voit une petite portion du bord alvéolaire, ou mieux de la tubérosité molaire, arrondie, et sur laquelle l'appareil prothétique peut prendre un point d'appui (A, fig. 1); en haut la fosse nasale, vide dans une grande étendue. La joue est enfoncée, le globe oculaire est au même niveau que le droit, ce qui est dû à la conservation d'une petite portion du plancher orbitaire. Quant à l'ouverture de

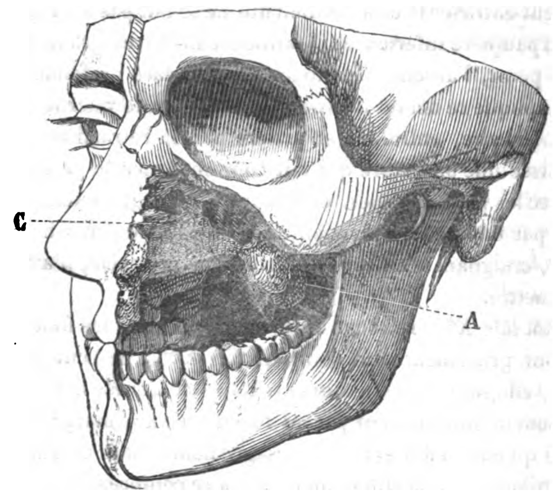


Fig. 1.

communication du grand angle de l'œil avec les fosses nasales, Mlle X*** la ferme avec un morceau de taffetas gommé couleur de chair; c'est à cet obturateur simple et léger qu'elle a donné la préférence.

Sur la fin de décembre 1859, Mlle X*** revient de Paris munie de l'appareil que M. Préterre lui a appliqué, en présence du docteur Debout [1]. Dès son arrivée son entourage fut émerveillé, et je fus moi-même particulièrement frappé de la perfection de sa parole. Dès lors, comme aujourd'hui, elle a continué à parler avec autant de facilité, de netteté qu'avant sa maladie; et, chose curieuse, le

---

[1] Nous empruntons à l'atlas des restaurations buccales de M. Préterre la figure de cet appareil. La gravure ci-contre montre la *pièce isolée et vue de*

timbre de sa voix n'a rien de métallique ou de strident, il est resté aussi frais et aussi pur qu'avant.

La déglutition des liquides et des solides est très facile : la mastication, d'abord un peu difficile, est devenue de plus en plus facile; aujourd'hui Mlle X*** mange de tout et à peu près comme tout le monde. Elle peut éternuer et se moucher aussi sans difficulté; cependant, quand elle veut se moucher, elle est obligée de tenir son mouchoir de ses deux mains, ce qui est dû à ce que la colonne d'air chassée par les fosses nasales, enlèverait l'obturateur en taffetas qui couvre l'ouverture du grand angle de l'œil, si elle n'avait soin de le soutenir. Mlle X*** se plaint encore de ce que, quand elle mange, les liquides qui affluent dans les fosses nasales tendent à couler en avant par les narines, au lieu de se porter vers le pharynx, ce qui l'oblige à éviter de se pencher en avant.

En somme, Mlle X***, que nous avons revue aujourd'hui 16 août 1862, se porte à merveille; elle ne souffre presque plus des névralgies auxquelles elle était fort sujette. Quant aux résultats de la prothèse, on peut témoigner avec toute certitude qu'ils ont été extrêmement avantageux dans ce cas; et je dois ajouter que Mlle X*** se sert toujours du même appareil, qu'elle pourra conserver longtemps encore, selon toutes probabilités.

J. PARISE,
professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Lille.

---

profil; en voici l'explication : R, saillie en vulcanite destinée à combler la perte de substance et à prévenir l'affaissement de la joue; P, plaque palatine en or

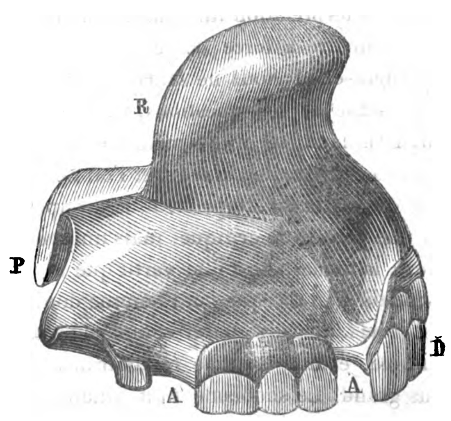


Fig. 2.

supportant le remplissage; D, dents minérales avec leurs gencives formant presque l'arcade entière; AA, anneaux d'attache.

(*Note du Rédacteur en chef.*)

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches cliniques sur les maladies du cœur, d'après les leçons de M. le professeur Bouillaud, par M. le docteur Ernest Auburtin, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, précédées de considérations de philosophie médicale sur le vitalisme, l'organicisme et la nomenclature médicale, par M. le professeur Bouillaud, membre de l'Académie impériale de médecine.

Nous aimerions à suivre le laborieux professeur de clinique médicale, l'abondant orateur de l'Académie impériale de médecine, dans les savantes dissertations qui précèdent l'ouvrage de M. le docteur Auburtin, et où sa parole alerte et quelque peu agressive touche, sans toujours les approfondir, aux questions de philosophie médicale les plus élevées. Malheureusement, comme nous aurions quelquefois à combattre et à rectifier plus d'une idée risquée au milieu d'idées saines et justes, et que le temps et l'espace tout à la fois nous manquent, nous irons de suite à la partie plus pratique de l'ouvrage que vient de publier M. Auburtin, et tâcherons d'en montrer d'un trait rapide l'esprit le plus général et les conclusions les plus certaines.

Quelle est la part qui revient à notre jeune et intelligent confrère dans ce compendium clinique des leçons de l'illustre professeur de la Charité? A défaut de conclusions originales, auxquelles il ne prétend en aucune façon, a-t-il au moins recueilli un certain nombre de faits dont l'interprétation lui appartienne en propre; dominant les leçons du maître à force de se les assimiler, la forme au moins lui appartient-elle? Nous ne saurions répondre d'une manière précise à aucune de ces questions. Souvent la leçon pure, textuelle, de M. Bouillaud, se trouve mêlée d'une manière inextricable à la discussion propre de l'auteur, et l'on ne sait pas toujours si c'est le maître qui parle ou simplement le disciple. Nous disons ceci, non dans une pensée de critique, mais uniquement dans l'intérêt de l'auteur : la modestie est une vertu que personne ne prise plus que nous; mais si grand que soit l'homme dont on veut reproduire les idées, il ne faut pas s'effacer complétement devant lui, car nul n'est infaillible, et une humble remontrance peut utilement profiter au plus grand. Le snobisme nuit autant au progrès de la science qu'il nuit à la véritable grandeur de l'homme vis-à-vis duquel on abdique sa personnalité, en se convertissant en un point d'admiration.

Ceci dit, sans autre intention que celle d'arrêter une intelligence

distinguée sur la pente d'une admiration où s'abîme, comme en une extase, un esprit qui s'isole trop de lui-même, et perd tout sens critique, nous allons sommairement examiner le livre intéressant de l'ancien chef de clinique de la Faculté, et appeler l'attention du lecteur du *Bulletin général de Thérapeutique* sur les points qui nous paraissent surtout mériter de fixer l'attention.

Rien de neuf dans les considérations sur l'anatomie du cœur ; nous ne répondrions même pas qu'il n'y eût çà et là quelques légères lacunes que la lecture des traités d'anatomie contemporains eût conduit facilement l'auteur à faire disparaître. La physiologie du cœur est plus complète, bien qu'ici encore nous eussions désiré que M. Auburtin, s'informant des recherches de M. Cl. Bernard sur l'action de certains toxiques dans leur rapport avec les mouvements de l'organe central de la circulation, eût au moins examiné les conclusions auxquelles l'illustre physiologiste du collége de France est arrivé relativement à cette question. Si, çà et là, il existe quelques légères lacunes qu'il eût été facile de combler, il n'en est pas de même du paragraphe relatif à l'étude des bruits du cœur, dont nous rapprocherons tout ce qui a trait aux bruits anormaux. Tout ce que l'auteur a suffisamment développé sur ce point délicat de physiologie normale et de physiologie pathologique est marqué au coin d'une observation précise et d'une saine interprétation des choses, là partout se reconnaît la griffe du lion. Nous ne ferons à cet égard qu'une simple remarque. Quand il parle du bruit de souffle comme expression de l'endocardite récente, celle par exemple dont M. Bouillaud a démontré la coïncidence fréquente avec le rhumatisme articulaire aigu, la pleuropneumonie, M. Auburtin rejette comme l'expression d'une critique sans portée celle qui a été formulée par divers auteurs que, sous l'influence des émissions sanguines à hautes doses, un souffle anémique peut se développer, qui fasse illusion sur une endocardite absente. Qu'en est-il réellement à cet égard? Lorsque M. le professeur Bouillaud a formulé cette loi, qui est incontestablement son plus beau titre de gloire a l'immortalité (pour parler un instant le langage qu'il affectionne), on a pu aller trop loin dans cette critique, mais le fait que celle-ci relève n'en existe pas moins. Oui, il arrive dans un certain nombre de cas, que la soustraction rapide d'une grande quantité de sang, en vue de combattre les maladies dont je parlais tout à l'heure, jette l'organisme dans un état d'anémie aiguë, et celle-ci, entre autres symptômes, peut se traduire par le souffle cardiaque, qui ne signifie point alors une endocadite. Remarquez-le bien, si les conditions que crée cette

maladie entraînent comme conséquence forcée le souffle, l'anémie n'a pas moins de portée dans ce sens, c'est dans l'un et l'autre cas une conséquence fatale qui a sa raison d'être dans la nature même des choses. Quand cela arrive, dit-on, la nature du souffle conduit à la distinction que réclame la science du diagnostic : rude, raboteux, si l'on peut ainsi dire, dans l'endocardite, il n'est, au contraire, qu'un susurrus doux, moelleux dans l'anémie : à la bonne heure! Mais qui distinguera dans certains cas ces nuances? On ne nous l'apprend que fort incomplétement. Nous conclurons de ces courtes remarques, que la difficulté qui naît dans ces cas, bien qu'atténuée, grâce à l'infatigable persistance de l'étude analytique de M. Bouillaud, de M. Auburtin peut-être, n'est pas complétement résolue; nous aurions désiré que ce jeune auteur, tenant compte de cette difficulté, se fût efforcé de la vaincre, au lieu de la nier, ce qui est beaucoup plus simple.

Puisque, nous affranchissant de l'ordre suivi par l'auteur dans son intéressant travail, nous avons touché à la question de l'endocardite, qu'on nous permette d'ajouter que cette importante question est ici aussi largement étudiée que dans aucun ouvrage contemporain. L'anatomie pathologique de cette inflammation interne, l'évolution successive des collections topiques qu'elle entraîne, l'obstacle que celles-ci apportent à la libre circulation du sang, les effets de cet obstacle tout mécanique sur le tissu musculaire qui doit le vaincre, cet ensemble de faits qui, nous aimons à le redire, ont été admirablement analysés par le professeur de clinique de la Faculté de Paris, et feront éternellement vivre son nom, cet ensemble de faits, répété-je, est parfaitement exposé dans l'ouvrage de M. le docteur Auburtin.

Nous n'en dirons pas tout à fait de même de la péricardite : nous n'acceptons pas sans réserve les affirmations absolues de l'auteur sur quelques points de l'histoire de cette maladie si grave quelquefois, si légère dans d'autres cas. Il en est de même de la cardite, où il y a encore bien du vague, et où M. Auburtin nous semble parler plus clairement que ne l'a fait jusqu'ici la nature; en revanche, l'hypertrophie du cœur est admirablement tracée. Nous appellerons surtout l'attention du lecteur sur le pronostic de l'hypertrophie. Avec une hypertrophie sans lésions graves de l'endocarde, si les malades sont dirigés par un médecin attentif, sagace, ils peuvent atteindre une longue carrière. On sait cela en général, mais il nous semble qu'on agit quelquefois comme si on ne le savait pas, au grand préjudice des patients. Il y a là une leçon utile, que nous voudrions que tout le monde entendît.

En somme, bien que l'ouvrage de M. le docteur Auburtin ne soit que la reproduction des idées de M. le professeur Bouillaud sur les principales maladies de l'organe central de la circulation, il n'en est pas moins un livre dont nous recommandons la lecture à nos confrères; ce n'est guère que l'écho de la parole du maître, mais c'est un écho qui la reproduit bien, et qui, dans une certaine mesure, peut la suppléer.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Observation de fistule vésico-vaginale, guérie par la rugination des bords de la fistule. — Nous avons dit que lors de la publication de notre article sur le traitement de ces lésions par l'emploi du pessaire à réservoir d'air, nous avions rassemblé tous les cas de guérisons obtenues par des opérations non sanglantes. Parmi ces documents figurait l'observation suivante, publiée par la *Gazette de Lyon*. Ne fût-ce qu'à titre d'historique des tentatives de l'art, nous ne devons pas laisser perdre ce fait; il est un exemple de l'application du procédé imaginé par M. Reybard pour l'avivement des bords de la fistule.

Obs. *Fistule vésico-vaginale très-petite, siégeant au bas fond de la vessie. — Tentatives infructueuses par la cautérisation. — Avivement du trajet de la fistule par la rugination. — Guérison.* — « Jeannette C..., âgée de trente-deux ans, domestique, réglée depuis l'âge de seize ans, ne perdant qu'un jour, peu et irrégulièrement, accoucha le 15 juin 1852, à terme, mais très-laborieusement, d'un enfant mort. La contractilité de l'utérus, l'adhérence du placenta extrait de force, l'absence complète de lochies, la suppression définitive des fonctions de l'utérus à partir de cette époque, furent les circonstances qui précédèrent, accompagnèrent et suivirent la formation et le développement de l'infirmité de notre malade.

« Elle entre à l'Hôtel-Dieu le 23 juin, salle des deuxièmes femmes fiévreuses, service de M. Socquet, pour une péritonite consécutive à des injections intempestives d'eau chaude; ces injections avaient été dirigées par la sage-femme contre la gangrène, suite de la pression trop prolongée de la tête de l'enfant à son passage dans le petit bassin, la malade demeura un mois en traitement. Sortie au bout de ce temps, parfaitement guérie de sa péritonite, elle rentra le 24 juillet dans une salle de chirurgie pour un écoulement involontaire et continuel d'urine, remontant jusqu'à l'époque de son accouchement. La fistule resta longtemps ignorée; on crut à une incontinence d'urine d'origine nerveuse, et un traitement antispasmodique fut administré durant six mois, sans amener aucune espèce d'amélioration, comme il est aisé de le comprendre. Sur les pressantes sollicitations de la malade elle-même, des recherches plus minutieuses furent faites, et à l'aide d'injections colorées, on reconnut la fistule. Des cautérisations avec le nitrate d'argent, à époques assez éloignées, furent pratiquées

sans amener de changement notable. Au bout de quatorze mois de ce traitement, qui demeura invariablemeut le même, et dont finit par se lasser la malade, son exéat lui fut accordé : elle retenait alors ses urines au lit, mais elle les perdait aussitôt qu'elle était debout. Sur notre indication (nous étions alors interne en chirurgie), elle introduisait dans le vagin un tampon en charpie, qu'elle enduisait préalablement de cérat pour éviter les excoriations : grâce à ce simple obturateur, elle pouvait garder ses urines ; il lui suffisait de retirer le tampon plusieurs fois dans la journée, afin d'en exprimer l'urine; elle le remettait ensuite pour l'ôter tout à fait la nuit.

« Six mois après, en mai 1854, elle se fit admettre salle Sainte-Marthe. M. Barrier usa de la cautérisation prolongée avec le nitrate d'argent : l'écoulement cessait d'abord, puis revenait constamment du troisième au quatrième jour. Enfin, au mois de juin de la même année, on fit une cautérisation unique au fer rouge. Il y eut consécutivement une très-vive inflammation ; quinze jours après cette opération, qui ne fut pas renouvelée, l'urine coula plus abondamment ; reprise à dater de ce moment, la cautérisation au nitrate d'argent fut appliquée tous les quinze jours : huit cautérisations furent ainsi faites à des intervalles semi-mensuels.

« Découragée de ne voir que très-peu de changement dans sa position, Jeannette C... renonça pour le moment à toute espérance de guérison, et demeura jusqu'au mois d'août 1855 sans aucun traitement. Ce fut alors que j'eus l'idée de ruginer fortement avec l'ongle l'orifice vaginal de la fistule, ce qui produisit un certain amendement. En effet, les deux jours consécutifs à la rugination, il y avait un peu moins d'urine perdue. Le tampon de charpie qu'elle exprimait au début, trois et même six fois par jour, pouvait demeurer en place douze et quelquefois vingt-quatre heures.

« Je songeais à l'insuffisance de cette rugination superficielle, quand parut l'article de M. Reybard, dans le lequel notre sagace confrère conseille l'emploi d'instruments nouveaux. J'engageai vivement la malade à se mettre entre les mains de cet habile chirurgien, avec lequel nous eûmes une première séance, le 10 juin 1856.

« Notre ami, le docteur F. Bron, qui connaissait aussi la malade, voulut bien nous assister. La malade étant placée sur les genoux, la tête en bas, le siége élevé et dirigé de notre côté, nous procédons à l'examen :

« La fistule est située en haut et à droite, à la paroi antérieure du vagin et communique avec la paroi postérieure de la vessie : peu visible à l'œil nu, elle est reconnue facilement si l'on introduit dans la vessie une sonde à la rencontre de laquelle est dirigé par le vagin un stylet boutonné. Cet orifice vaginal se confond avec une cicatrice qui paraît être le rudiment du col utérin.

« M. Reybard emploie son spéculum forceps dilatateur du vagin ; il introduit ensuite dans la vessie une sonde qui, à l'aide d'un ingénieux mécanisme, tend et fixe les tissus, en déprimant le bas fond de la vessie ; puis il passe à diverses reprises, par le trajet fistuleux, une de ses petites râpes à queue de rat. La première de un à deux millimètres environ étant retirée, une seconde de deux à trois millimètres de diamètre et à mors plus aigus est introduite et manœuvrée avec assez de vigueur, durant une demi-minute à peu près. Des débris de muqueuse et même de tissu inodulaire, se remarquent sur les mors de l'instrument retiré. Il n'y a presque pas d'écoulement de sang.

« Les râpes employées en premier lieu par M. Reybard étaient coniques, il a reconnu que cette forme rendait la manœuvre incomplète en élargissant pro-

gressivement, et en produisant des déchirures par trop inégales. Il est parvenu à éviter ce double inconvénient en remplaçant ces rugines coniques par d'autres presque cylindriques qui ont été, dans ce cas, mises en usage.

« La malade resta sept jours sans un suintement d'urine; mais au bout de ce temps, le liquide revient plus abondant, pour reprendre ensuite son état ordinaire d'écoulement.

« Dans une deuxième séance, qui eut lieu le 29 juillet, on se servit d'une râpe à dents plus forte et d'un diamètre de trois millimètres et demi; la rugination fut cette fois un peu douloureuse, plus profonde, mais d'ailleurs le même procédé que la première fois fut employé. Seulement la paroi vaginale fut avivée avec une râpe cylindrique de grosse dimension et arrondie par le bout, tout autour de la fistule et dans une étendue d'environ 0,2 cent., de manière à procurer une plaie superficielle de 0,5 à 0,4 cent. de surface.

« Tout le manuel opératoire se borna là. Après l'opération, Jeannette C... put s'en aller seule et à pied chez elle. Les urines furent d'abord légèrement sanguinolentes, puis de moins en moins teintes de sang : pendant trois semaines la miction procura une assez vive douleur qui paraissait avoir son point de départ à la fistule pour s'étendre le long du canal jusqu'au méat urétral. Les grands bains et les bains de siége, les boissons diurétiques et émollientes en firent justice.

« Depuis cette époque il n'y a plus eu une seule goutte d'urine perdue involontairement. Dès les premiers jours le tampon est devenu inutile, et les urines ont pu être retenues quinze et seize heures de suite, sans qu'il y eût le moindre suintement par le vagin.

« Nous revoyons souvent l'opérée. La guérison est complète et peut être considérée comme définitive; et ce qu'il y a de plus remarquable, c'est qu'elle a été obtenue au milieu des circonstances les plus défavorables, Jeannette C... n'ayant jamais discontinué son service de domestique. Cette fille, bien légitimement attristée de cette infirmité si souvent incurable, a recouvré tous les signes d'une brillante santé. »

Les procédés opératoires institués par la méthode américaine permettent de négliger toutes les autres tentatives d'avivement; pour peu que les dimensions de la fistule soient considérables, il n'y a pas de mode de réunion préférable à celui de la suture pratiquée avec des fils d'argent. Nous reviendrons bientôt sur cette méthode, à propos des applications fréquentes dont nous sommes le témoin.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Accouchement forcé *pratiqué chez une femme agonisante, au neuvième mois de sa grossesse, dans le but de sauver la vie du fœtus.* Dans notre livraison du 30 août dernier, nous avons publié une intéressante observation d'extraction du fœtus par les voies naturelles après la mort de la mère, par M. le docteur Devilliers, avec des considérations médico-légales et pratiques sur l'opportunité et les indications de l'accouchement forcé pendant l'agonie ou après la mort de la femme. Cette question, qui a été plusieurs fois soulevée en France dans ces dernières années, vient récemment d'être aussi l'objet d'une étude particulière en Italie, pays qui a vu naître, comme on le sait, les premiers décrets relatifs à l'opération cé-

sarienne après la mort. Voici le fait, non moins digne d'intérêt, que M. le docteur C. Belluzzi, médecin-accoucheur à l'hospice de la Maternité de Bologne, vient de communiquer à M. Devilliers, et qui milite, comme on le verra, en faveur de la méthode dont il s'agit.

Dans la soirée du 6 juillet 1861, une sage-femme invita M. Belluzzi à se rendre auprès d'une femme enceinte et arrivée au dernier degré de la phthisie. Déjà un autre médecin avait été appelé pour pratiquer le cathétérisme et pour faire l'opération césarienne aussitôt après qu'elle serait morte. Arrivé près de la malade, M. Belluzzi trouve une femme sur le point de mourir. Le ventre présente à peu près le volume qu'il a au terme de la grossesse; dans la région hypogastrique gauche, on distingue la vessie distendue par de l'urine, qui est extraite facilement à l'aide de la sonde. L'auscultation permet de distinguer les bruits du cœur fœtal sur la ligne médiane et à sa gauche; un peu plus loin et un peu plus haut du même côté, on trouve le souffle placentaire. La palpation abdominale fait pressentir une présentation de la tête, que vient confirmer le toucher vaginal, lequel montre en outre l'orifice de l'utérus légèrement béant. Cet examen ayant fait reconnaître un cas favorable à l'accouchement forcé *post mortem*, préférable à l'opération césarienne, M. Belluzzi saisit avec empressement cette occasion d'en faire l'application. Il répéta le cathétérisme jusqu'au soir du 11 juillet, où la malade, entièrement privée de sensibilité, lui parut arrivée à la dernière période de son existence. Après l'avoir veillée pendant la nuit, répétant l'auscultation qui permit d'entendre toujours les battements du cœur fœtal assez soutenus, M. Belluzzi, d'accord avec le professeur Rizzoli, le promoteur de la méthode de l'accouchement forcé en Italie, qu'il avait fait appeler en consultation, se décida à opérer avant que la femme fût complétement morte, afin d'avoir plus de probabilités d'extraire le fœtus vivant. Voici en quels termes il rapporte les détails de l'opération :

« La malade fut placée sur le bord du lit, en faisant tourner le matelas supérieur sur l'inférieur et laissant tomber le premier le long du bord du lit même. Les jambes étant soutenues sur deux chaises, pendant que le professeur Rizzoli maintenait le fond de l'utérus dans une bonne direction, en l'inclinant légèrement à droite, j'introduisis ma main droite disposée en cône et enduite d'un corps gras, je dilatai doucement le col de l'utérus, poussai ma main plus haut, et arrivé à un genou, je rompis les membranes et amenai ce genou dans le vagin. En même temps, M. Rizzoli imprimait avec ses mains, au fœtus, à travers les parois du ventre, les mouvements que l'on emploie dans la version interne. Ce premier temps de l'opération achevé, je baptisai le fœtus sur le pied sorti (le gauche). L'extrémité des orteils était tournée en avant, et, en tirant sur le membre, je vis s'exécuter un mouvement de spirale qui ramena les fesses en avant au moment où elles arrivaient à la vulve; presque aussitôt l'autre membre se dégagea, puis le tronc, puis, avec un peu d'aide, les épaules et la tête. L'enfant était vivant; on laissa néanmoins les rapports du cordon ombilical avec le placenta subsister jusqu'au moment où il commença à crier. L'utérus se contracta suffisamment pour que le détachement du placenta pût s'opérer naturellement, car il suffit de légères tractions sur le cordon pour en obtenir l'extraction complète. La mère, qui ne parut pas s'être aperçue de l'opération, fut replacée facilement dans sa première position en faisant tourner de nouveau le matelas supérieur sur l'inférieur. »

L'enfant était assez fort, et bien qu'il ne fût pas à terme, il n'était pas douteux que, moyennant une nourriture convenable, il ne dût survivre. En effet, il avait déjà plus de deux mois au moment où a été écrite cette relation.

Quant à la mère, l'opération ne parut avoir rien ajouté au danger de sa situation, car elle survécut encore vingt heures; elle eut seulement un léger écoulement sanguin semblable à des lochies. (*Union médic.*, octobre 1862.)

Bromure de potassium; *son effet anesthésique sur les membranes muqueuses*. De nombreuses observations attestent déjà l'influence du bromure de potassium sur la muqueuse urétrale et son efficacité pour combattre les érections douloureuses dans la blennorrhagie. On sait aussi que la sensibilité proprement dite ou *générale* de l'arrière-bouche, est telle-

ment modifiée par cet agent, que M. Guersant et plusieurs autres chirurgiens s'en sont servis pour faciliter la staphyloraphie chez les enfants. Un médecin militaire belge, M. Riemslagh, vient d'observer que le même phénomène se produit sur les muqueuses du nez, des paupières et du globe oculaire, sans que la sensibilité spéciale soit éteinte. Ce médecin rapporte un cas fort intéressant qui pourra servir de point de départ à des applications nombreuses en chirurgie oculaire puisque l'anesthésie la plus complète de la conjonctive a été obtenue à l'aide du bromure de potassium.

Il s'agissait d'un soldat du 1er de ligne, qui avait été exposé à un coup de feu par décharge d'un pistolet. Des centaines de grains de poudre étaient incrustés dans la peau de la face, des paupières, dans les conjonctives oculaires et jusque dans la sclérotique. M. Riemslagh a fait administrer le soir le bromure de potassium, et le lendemain matin l'anesthésie de la conjonctive était telle, qu'on a pu la toucher, la soulever, en exciser une partie, chercher les grains de poudre sur la sclérotique, sans provoquer ni un cri ni un mouvement de la part du malade.

M. Riemslagh a remarqué qu'à doses fractionnées, distribuées dans les vingt-quatre heures, le bromure de potassium a beaucoup moins de puissance, sans doute parce qu'il est éliminé par les urines. De même que le sulfate de quinine, l'iodure de potassium, etc., ce médicament doit être administré à la dose de 1 à 2 grammes en une heure ; son action est dès lors plus profonde et son effet sur le tissu muqueux plus durable. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, sept. 1862.)

Curare *dans le traitement de l'hydrophobie.* On connaît les insuccès du curare dans le tétanos, après les espérances qu'il avait d'abord données. On l'a essayé depuis plusieurs fois dans l'hydrophobie, et il ne paraît pas qu'on ait mieux réussi. A la suite d'une application infructueuse dans un cas d'hydrophobie faite à l'hôpital majeur de Milan, une commission a été instituée à l'effet de renouveler ces essais. Deux fois elle a eu recours à cet agent, mais sans succès. Voici en quels termes cette commission formule les conclusions de son rapport :

1° Dans le cas de Bossi, il ne fut fait aucune cautérisation ; Broggi fut cautérisé simplement au nitrate d'argent, sept heures après la morsure.

2° Les symptômes prodromiques se manifestèrent chez Bossi cent quatre-vingts jours, et chez Broggi cinquante-huit jours après l'introduction du virus.

3° La durée de la maladie depuis son développement jusqu'à la mort fut de soixante-sept heures pour Bossi, et d'environ cent trois heures pour Broggi.

4° Chez Bossi, l'on fit en vingt-sept heures quarante et une injections avec la seringue de Pravas, chacune contenant 1 centigramme 1/4 de curare dissous dans l'eau distillée : 18 centigrammes 3/4 de curare furent donc injectés.

5° A aucun moment le curare ne parut agir sur les symptômes rabiques.

6° Dans les deux cas il y eut des sueurs profuses, et chez Bossi une action marquée mais passagère sur la circulation, se traduisant par un ralentissement du pouls.

7° L'autopsie montra dans les deux cas la coloration rouge foncée et la fluidité du sang. (*Gaz. med. italian.* et *Gaz. hebdom.*, octobre 1862.)

Cystite *cantharidienne ; moyens de la prévenir et de la combattre.* M. le docteur Ameuille, dans une communication faite récemment à la Société médico-pratique de Paris, a appelé l'attention de ses collègues sur un moyen de prévenir et de combattre les effets de la vésication cantharidienne sur les organes génito-urinaires, qui paraît devoir mériter de beaucoup la préférence sur le camphre, généralement employé jusqu'ici dans ce but. Ce moyen est la *liqueur de potasse de la pharmacopée anglaise*, ou, d'une manière plus générale, l'usage des alcalins à l'intérieur pendant qu'on soumet les malades à l'action topique de la cantharide. Dans des cas de ce genre, où la strangurie était venue, non pas seulement s'ajouter aux souffrances des malades, mais où, portée à un degré extrême et provoquant une anxiété insupportable, elle dominait temporairement la scène, M. le docteur Ameuille a administré la liqueur de potasse, à la dose de 20 gouttes dans un verre d'eau. Une amélioration notable s'en est immédiatement suivie. Après une deuxième prise, une demi-heure après presque toujours, et constamment après une troisième, à égale distance, il a vu les accidents céder d'une manière

complète et définitive. Or, il importe de remarquer que, dans des conditions étiologiques analogues, les mêmes malades, offrant du côté de la vessie des phénomènes de même nature, n'avaient obtenu aucun soulagement des moyens curatifs habituels, notamment des préparations de camphre et d'opium. En résumé, se fondant sur les résultats qu'il a observés, M. Ameuille propose d'administrer la liqueur de potasse avant même que l'action topique du vésicatoire ait atteint sa plénitude, toutes les fois que l'aptitude du sujet ou bien le nombre des vésicatoires qui doivent lui être appliqués coup sur coup donnent à redouter quelque perturbation dans les fonctions des organes urinaires. (*Union méd.*, août 1862.)

Eupatorium cannabinum *dans le choléra*. On sait que plusieurs médecins ont annoncé avoir obtenu de bons effets, dans le traitement du choléra, de plusieurs synanthérées, parmi lesquelles le *mikania guaco* et l'*eupatorium saturiæfolium*. Dans le courant de l'année dernière, M. le docteur Van Dromme, médecin de l'hôpital civil de Bruges, a publié un travail sur des essais tentés par lui de l'emploi de l'eupatoire d'Avicenne (*eupatorium cannabinum*) dans le traitement du choléra. Ayant agi sur trente-six malades, au moment où l'épidémie sévissait avec le plus de force, M. Van Dromme a obtenu vingt-six guérisons, alors que le traitement antérieur n'avait produit aucun résultat satisfaisant, et que presque tous les enfants qui, au nombre d'une dizaine, se sont refusés à prendre le médicament, ont succombé. La préparation employée par le docteur Van Dromme consiste en une décoction d'une once d'eupatoire dans un litre et demi de vinaigre ordinaire, que l'on réduit à un litre. Pour masquer sa saveur désagréable, on ajoute à la décoction du sirop simple ou mieux du sirop de morphine (une partie pour quatre de décocté), ou bien encore de la belladone. On administre, d'heure en heure, une ou deux cuillerées à soupe du médicament, en prenant la précaution de le donner, s'il se peut, immédiatement après un vomissement, et en ne permettant au malade de boire qu'une dizaine de minutes après, pour faciliter l'absorption et l'action du remède. Dès que la cyanose commence à se dissiper, on éloigne les doses et on les supprime quand les selles riziformes sont remplacées par des selles bilieuses. Les malades peuvent boire aussi abondamment qu'ils le désirent, pour étancher leur soif ardente, les boissons acidulées, fraîches ou chaudes, à leur gré. On applique, en les renouvelant fréquemment, de larges cataplasmes tièdes et vinaigrés sur les extrémités et sur l'abdomen. M. Van Dromme fait remarquer en même temps l'heureuse influence exercée par une ventilation convenable, qui permet au malade de respirer un air pur et frais. (*Gaz. hebdomad.*, octobre 1862.)

Gerçure du mamelon. — *Traitement prophylactique*. On rencontre sur l'épiderme du mamelon une croûte mince et lamellée, qui est le résultat de la sécrétion des conduits galactophores. Cette croûte, ramollie par le lait sécrété par la glande mammaire et enlevée par le fait de la succion de l'enfant, il en résulte ces petites plaies ou gerçures qui causent parfois des douleurs si vives aux nourrices, qu'elles en ont des lipothymies et même des convulsions. Pour prévenir cette petite lésion qui nécessite souvent la cessation de l'allaitement, M. le docteur Stein conseille d'enlever, quatre ou cinq semaines avant l'accouchement, la croûte dont il s'agit, au moyen de lotions répétées avec de l'eau tiède ; puis, de mettre plusieurs fois par jour sur le mamelon dépouillé de cette croûte des compresses trempées dans parties égales d'esprit-de-vin rectifié et d'eau de rose. On peut aussi se servir d'un astringent plus énergique, et notamment d'une infusion vineuse de noix de galle. Ce traitement prophylactique lui a constamment réussi. (*Deutsche Klinik* et *Journ. des connaiss. méd.*, octobre 1862.)

Ongle incarné (*Nouveau procédé pour la cure de l'*). Substituer à l'arrachement de l'ongle, ou à la destruction des parties molles par le bistouri ou le caustique, une méthode qui permette d'arriver à la guérison en laissant la région malade dans des conditions qui se rapprochent beaucoup de l'état normal, tel est le but que s'est proposé M. le docteur Guyon. Voici en quoi consiste le procédé qu'il a imaginé à cet effet et qu'il a déjà appliqué avec avantage, ainsi qu'on le verra plus loin.

Deux incisions transversales sont pratiquées à chaque extrémité du bour-

relet de parties molles ; elles sont assez profondes et assez étendues pour permettre de le renverser aisément et de mettre à nu le fond de l'ulcération; deux incisions sont alors réunies par une troisième incision longitudinale, qui se pratique sur la face de l'orteil correspondante au côté incarné. Cette incision doit être plus ou moins profonde, mais toujours assez pour aviver complétement la face inférieure du lambeau quadrilatère dès lors formé, lambeau dont la base est au bord de l'ongle incarné, le bord libre au niveau de l'incision longitudinale, tandis que la face supérieure est formée par la portion cutanée et ulcérée. Le sillon cutané où siége l'ulcération est dès lors largement étalé et présente une surface plane; mais pour que la forme normale soit rendue, un dernier temps est encore nécessaire. Le chirurgien excise sur la face de l'orteil correspondante à l'incarnation un copeau de parties molles plus ou moins épais, de manière à former une encoche plus ou moins profonde, selon l'étendue du déplacement qu'il juge nécessaire d'imprimer au lambeau. Celui-ci, appliqué dans cette perte de substance, est non-seulement étalé de manière que la portion ulcérée soit ainsi entièrement à nu, mais, grâce à ce déplacement, située de telle manière que le niveau des chairs ne dépasse plus celui de l'ongle complétement libéré. Il faut chercher à obtenir la réunion par première intention.

Chez un malade que M. Guyon a opéré par ce procédé et qu'il a présenté à la Société de chirurgie, il a fixé le bord libre du lambeau avec trois points de suture entortillée pratiquée avec des épingles à insectes, et il a fait un pansement à l'eau froide. Le troisième jour, les points de suture ont été enlevés, et une bandelette de diachylon faisant le tour de l'orteil a maintenu le lambeau. Un peu plus tard, une légère compression a été établie sur sa face supérieure par un rouleau de sparadrap interposé entre la bandelette et le lambeau. M. Guyon ne s'est occupé en aucune façon de l'ulcération, qui, après avoir suppuré pendant plusieurs jours, s'est définitivement cicatrisée.

Les membres de la Société de chirurgie qui ont vu l'opéré, ont pu constater que l'ongle était complétement dégagé des chairs ; que le sillon où repose son bord offrait aussi peu de profondeur qu'à l'état normal; que l'ulcération a fait place à une surface cutanée parfaitement saine ; que le niveau des chairs est inférieur à celui de l'ongle, et que l'orteil, en un mot, a repris sa physionomie normale. Une cicatrice linéaire indique seule le bord libre du lambeau. (*Gaz. des hôpitaux*, octobre 1862.)

Ophthalmie purulente ; *son traitement par le collyre de Lanfranc*. Le docteur Courty recommande l'emploi du collyre de Lanfranc dans le traitement des ophthalmies purulentes. Ce médicament, outre qu'il est efficace, motif suffisant pour en justifier l'essai, mérite d'être préféré dans ce cas, parce qu'il est d'un usage commode : il peut être appliqué par les parents du malade aussi bien que par le médecin, ne risquant de nuire ni à l'œil, ni aux tissus sur lesquels il se répand en dehors de l'œil.

Du reste, voici la manière dont opère M. Courty : « Je nettoie bien les yeux, au moins deux fois par jour, et bien plus souvent si l'abondance de la sécrétion purulente le rend nécessaire. Il est indispensable que la conjonctive soit entièrement débarrassée du produit sécrété, non-seulement parce que la présence de ce produit entretient la maladie, mais parce que l'action du médicament doit porter directement sur le tissu conjonctival pour en modifier la vitalité, ce qui ne saurait avoir lieu tant que la surface de cette muqueuse resterait tapissée de pus. Le meilleur moyen de laver exactement la conjonctive, c'est d'y injecter à plusieurs reprises, coup sur coup, avec une petite seringue, un peu d'eau tiède en hiver, froide en été. Le courant d'eau, en passant avec assez de force entre le globe oculaire et la face interne des paupières, entraîne tout le produit sécrété hors de la cavité conjonctivale. On cesse l'injection quand on est assuré que ce résultat est obtenu. Alors, soulevant autant qu'on le peut la paupière supérieure, ou l'écartant de l'inférieure, on insinue au-dessous d'elle un pinceau de blaireau chargé de collyre de Lanfranc (dont on a soin d'agiter le flacon), et l'on retire le pinceau doucement, en pressant avec la pulpe du pouce de l'autre main la paupière supérieure sous laquelle est le pinceau, de manière à exprimer le contenu de celui-ci dans la cavité conjonctival.

« Il est rare, ajoute M. Courty, que la guérison se fasse attendre plus de quinze jours. » (*Montpellier méd.*, novembre 1862.)

Tétanos. *Traitement par la nicotine.* L'idée de traiter le tétanos par la nicotine a été inspirée à M. Haughton, d'une part, par une série d'expériences comparatives qu'il a faites sur l'empoisonnement par la strychnine et la nicotine, et, d'autre part, par un fait d'empoisonnement par la strychnine, qui a été traité avec succès par une infusion de tabac par M. le docteur O'Reilly (de Saint-Louis). — Le premier malade traité par M. Haughton avait un tétanos traumatique extrêmement grave et datant de six ou sept jours. Quand on commença l'administration de la nicotine, il était presque agonisant. Il prit trois gouttes de nicotine dans l'espace de quatre heures à peu près. Ce malade mourut; mais chaque dose de nicotine avait eu les effets suivants : 1° le relâchement immédiat des muscles de la face et de ceux de la respiration et de la déglutition; 2° une diminution des douleurs violentes qu'il éprouvait et la cessation du délire: 3° l'abaissement du pouls de cent trente à quatre-vingt huit par minute. — Dans le second cas, il s'agit d'un tétanos idiopathique généralisé depuis plusieurs jours. On avait essayé divers moyens de traitement, sans obtenir une amélioration quelconque. Il fut ensuite mis à l'usage de la nicotine et en prit quarante-quatre gouttes dans l'espace de onze jours, et guérit. Il lui resta cependant une contraction des adducteurs des cuisses et des jumeaux, qui ne disparut que plus tard. Les effets les plus remarquables notés dans ce cas furent les suivants : relâchement immédiat des muscles du dos, de l'abdomen, ainsi que du diaphragme; cessation du délire; légère amélioration du pouls, de dix pulsations par minute; sueurs abondantes, exhalant une forte odeur de tabac à priser; enfin un sommeil profond.

M. Haughton ajoute que le docteur O'Beirne, de Dublin, a employé avec succès le tabac dans le traitement du tétanos hémostatique Il rapporte enfin la relation d'un empoisonnement par la strychnine, qu'il a traité avec succès par une infusion de 30 grammes de tabac dans une pinte d'eau ; puis une nouvelle observation de tétanos traumatique traité avec succès par la nicotine. Le chloroforme avait échoué. Le malade prit cinquante-quatre gouttes (32 grains 1/2) de nicotine dans l'espace de quatre jours. Ici encore, chaque dose produisait rapidement le relâchement des muscles tétanisés, une sueur abondante, et un soulagement remarquable éprouvé par le malade. (*Dublin quarterly Journ.*, et *Archiv. génér. de médecine*, novembre 1862.)

VARIÉTÉS.

De la réparation artificielle de la cornée.

M. le docteur Abatte vient de communiquer à l'Académie de médecine un mémoire dont l'examen nous incombe à cette place, puisqu'il a pour objet de démontrer la possibilité de rétablir la vision en substituant une lentille en verre aux cornées rendues opaques par des leucomes.

M. Abatte est inspecteur sanitaire en Egypte, et sa résidence pendant de longues années dans cette contrée lui a fourni l'occasion de se convaincre, dit-il, de l'inutilité des moyens connus pour triompher de certains leucomes que laissent à leur suite toutes les ophthalmies.

Ce médecin n'est pas le premier qui tente de reculer les limites de l'art chirurgical en face de ces lésions. En 1823, Moësner a essayé de mettre en pratique une opération entrevue par un oculiste français, Tellier du Quensy : la transplantation de la cornée. Depuis, Reysinger, Drolshagen, Himly, Bigger et Hilling ont repris l'étude de cette autoplastie par transplantation; et quoique le résultat de leurs expériences sur les animaux aient laissé croire à la possibilité de cette sorte de greffe animale, aucun essai n'a été tenté sur l'homme.

Cette réparation autoplastique, après avoir fait un instant beaucoup de bruit, est retombée dans l'oubli le plus profond et si complet même, que la plupart des traités d'ophthalmologie n'en disent rien.

La méthode de M. Abatte est-elle destinée à subir un meilleur sort? *A priori*, on est porté à en douter.

La manière de procéder de cet expérimentateur est toute autre; au lieu d'extirper une cornée à un animal pour la greffer sur un autre, c'est une lentille en verre qu'il applique. Tout autour de cette cornée artificielle, de 10 millimètres de diamètre, il place un diaphragme, formé par une couche mince de gutta-percha. Cette plaque est destinée à être collée autour de la brèche formée par l'ablation de la cornée leucomateuse; l'adhérence aurait lieu par l'intermédiaire d'un gluten animal, la caséine.

Le docteur Abatte s'appuie sur les expériences suivantes :

« J'ai pratiqué, dit-il, la première expérience sur l'œil d'un lapin, dont j'ai laissé en place la conjonctive scléroticale; un petit morceau de membrane en gutta-percha, collé par la caséine entre la sclérotique et la cornée, y est demeuré deux jours en y produisant cependant un chémosis séreux tout autour; je l'ai ensuite détaché pour me convaincre de l'état adhésif désiré, qui était parfait.

« J'ai répété une seconde expérience sur un autre lapin, en ayant soin de dénuder préalablement de sa conjonctive une partie de la sclérotique. La nouvelle membrane de gutta-percha superposée y a adhéré tellement, et sans inflammation, que j'ai dû forcément l'arracher après sept jours, dans le but d'observer les effets de l'adhésion.

« Une troisième expérience a été répétée sur l'œil d'un chien. L'adhésion s'est formée rapidement, quoique l'animal fût très-peu docile à l'expérimentation. Pourtant, le septième jour, j'ai pu observer, et ma surprise a été grande, que la sclérotique était recouverte d'une légère couche conjonctivale vascularisée. Cette troisième expérience fut donc pour moi d'une grande importance, car elle semblait démontrer que l'opération que je propose était applicable à l'homme. La science a enregistré plusieurs cas de corps étrangers fixés dans l'œil; mais l'application d'une substance non-seulement rendue tolérable, mais encore susceptible de s'organiser, voilà ce qui ne s'est jamais vu, je crois? C'est ce qui m'a décidé à tenter l'expérience sur l'homme.

« Tout dernièrement, à Alexandrie, dans un cas d'extraction de staphylôme, j'ai collé sur la marge libre de la brèche une petite membrane de gutta-percha; l'adhésion s'y est produite presque à l'instant, et, vingt-cinq jours après, j'ai eu la satisfaction d'observer que le tissu inodulaire s'y était organisé sans entrave, et en faisant entrer et en incorporant même le petit morceau de corps étranger dans sa substance. L'individu, M. M***, est en parfaite guérison, toujours à Alexandrie.

« De ce fait et de ces expériences on peut conclure, ce me semble, que la gutta-percha tolérée dans l'organisme conserve en même temps ses caractères et son inaltérabilité à la température animale, et que, collée avec la caséine sur la surface cornéo-scléroticale, elle y forme une adhésion je dirais presque organique. »

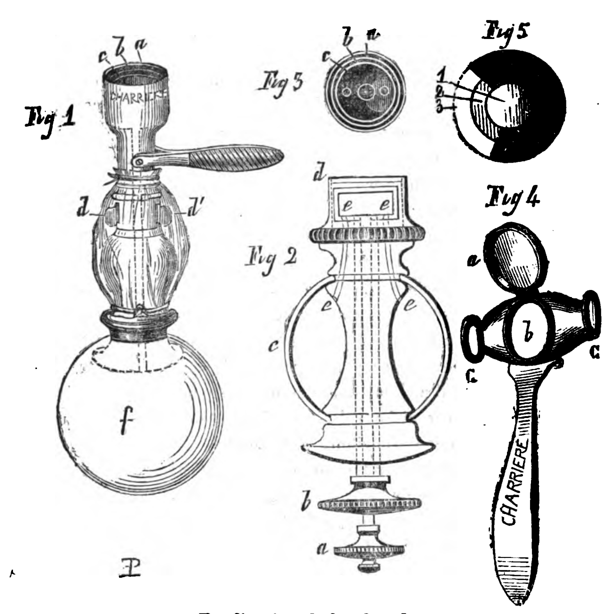
La méthode indiquée par le docteur Abbate consiste à faire une incision circulaire superficielle presque à l'insertion de la cornée à la sclérotique, pour détruire les rapports des vaisseaux périphériques et concentrer dans cet endroit le travail de cicatrisation. En même temps, et avec le même instrument, il pratique l'ablation de la cornée à un 1/2 millimètre de sa circonférence. Son instrument est un *kératotome cycloïde*; il est formé par trois cylindres, dont l'extérieur sert comme point d'appui et s'adapte sur un ophthalmostat. Dans ce but, les

cylindres tranchants intérieurs glissent l'un sur l'autre à volonté ; une balle élastique y forme le vide afin d'accoler parfaitement la cornée à emporter. M. Abatte a présenté deux modèles de *kératotome* pouvant servir l'un ou l'autre, et au choix, la différence ne consistant que dans le mouvement différent des cylindres, et dans l'endroit de la formation du vide, comme il est facile de comprendre dans les figures ci-dessous.

Cet expérimentateur se propose, d'après ses théories et ses expériences, de pratiquer définitivement cette opération sur l'homme.

Il termine son mémoire par ces paroles :

« Un an seulement après que Stromeyer eut communiqué à l'Académie de médecine ses expériences sur la ténotomie oculaire pratiquée sur les animaux, l'opération du strabisme vint prouver que l'application de principes théoriques fondés sur une expérimentation préalable pouvait conduire à un résultat utile. Je souhaite ne pas être moins heureux. »



Explication de la planche.

Figure 1. Kératotome cycloïde. — *a* bord extérieur de l'instrument qui s'appuie sur l'ophthalmostat (fig. 4). — *b* cylindre périphérique tranchant. — *c* cylindre emporte-pièce. — *d d'* boutons pour les mouvements des cylindres, enveloppés d'une baudruche, sous laquelle ils sont mis en action. — *f* balle en caoutchouc pour former le vide dans l'intérieur des cylindres tranchants *c*.

Figure 2. Même kératotome cycloïde, suivant une coupe médiane. — Le mouvement des cylindres *d* est exécuté par la partie supérieure *a b*, et le vide par *e e* et la bulle du milieu *c*.

Figure 3. Section horizontale des cylindres et tuyaux de la figure 2 en *d*.

Figure 4. Ophthalmostat en plaqué d'argent, dont *a* est un couvercle en verre,

s'adaptant sur les rebords de l'ouverture *b*, aussitôt que le kératotome cycloïde aura fonctionné. — *c c* points d'appui latéraux.

Figure 5. Forme et construction de la cornée artificielle. — 1 est la lentille convexe à l'extérieur et diaphane par 6 millimètres de diamètre. — 2 est le bord de la même lentille dépolie par 2 millimètres, où vient se coller le diaphragme 3 en gutta-percha, avec 2 millimètres 1/2 de bord libre, formant en tout un diamètre de 15 millimètres.

Les instruments ont été exécutés sous l'intelligente direction de M. Charrière fils.

Séance de rentrée de la Faculté. — Discours du nouveau doyen. — Proclamation des prix.

La séance de rentrée de la Faculté a été troublée par des manifestations plus tumultueuses encore que celles des années passées. Malgré la série de mesures importantes par lesquelles le nouveau doyen a inauguré son décannat, une minorité turbulente n'a pas voulu qu'on entendît un seul mot de son discours. Mais jetons un voile sur ces scènes pénibles, et espérons que les témoignages de sympathie qui ont entouré notre honorable doyen, à sa sortie de cette séance, lui auront fait oublier cette scandaleuse réception [1].

Avant de mettre sous les yeux de nos lecteurs l'allocution de M. Rayer, nous devons exprimer notre regret que l'espace ne nous permette pas de reproduire quelques passages de l'éloge de M. Moreau, prononcé par M. Gosselin, car ce discours est aussi remarquable par la forme que par le fond.

ALLOCUTION DE M. RAYER.

La solennité qui nous rassemble est pour moi l'occasion impatiemment attendue de me trouver au milieu de vous, en face de l'élite de mes confrères, entouré de mes éminents collègues, et de laisser éclater publiquement, avec l'expression de la plus profonde gratitude pour l'Empereur, tous les sentiments que j'éprouve.

Elevé, presque au déclin de ma vie, à la plus haute position qui puisse couronner la carrière médicale, placé à la tête de la première Ecole du monde, moi, resté jusqu'ici étranger à l'enseignement, j'ai fait taire les hésitations naturelles que tout contribuait à m'inspirer, et j'ai accepté, qu'il me soit permis de le dire, cette vie nouvelle, avec la ferme intention d'y dévouer tout ce qui me reste de force pour le travail, d'intelligence pour l'utile, d'ardeur pour le bien.

En dehors de l'Ecole, à laquelle je n'étais resté attaché que par une sincère admiration et une communauté de doctrine qui me rendent si faciles et si doux les rapports d'une nouvelle et plus étroite confraternité, je ne me suis jamais éloigné de la jeunesse studieuse. Pendant plus de trente ans j'ai vu, dans les salles d'un hôpital, à ce foyer d'enseignement pratique, de toute instruction vraiment médicale, se former et grandir autour de moi bien des générations auxquelles j'ai été assez heureux pour inspirer les sentiments que je retrouve

---

[1] Depuis, la commission administrative de l'Association générale des médecins de France s'est réunie extraordinairement et a rédigé une adresse de condoléance à M. Rayer, relativement aux troubles qui avaient éclaté à cette séance. Les membres de la commission, conduits par leur président, M. Michel Lévy, se sont rendus chez M. Rayer et l'ont assuré de leurs plus vives sympathies.



aujourd'hui sous cette robe, et, malgré le poids des années, aussi vivaces qu'au premier jour, l'amour de la science et la grandeur de notre art.

C'est grâce à ces trente années de travaux et d'enseignement privé que les médecins de France, se souvenant de moi, m'ont appelé, par un choix libre et spontané, à fonder leur grande et salutaire Association. Hier, à vos devanciers, je parlais de notre profession, de sa grandeur et de sa dignité ; aujourd'hui, à vous, qui demain irez vous mêler parmi eux, je parle d'étude et de science, sans lesquelles la grandeur et la dignité de notre profession ne seraient que de vains mots.

Agrandir, élever et féconder l'enseignement, telle doit être la pensée constante de vos maîtres, telle est l'unique préoccupation du nouveau doyen. C'est à cette tâche qu'il veut se donner tout entier, et qu'il a déjà consacré les premiers efforts d'une persévérante et laborieuse étude des besoins les plus urgents de l'École, et des progrès les plus utiles à réaliser.

Libre de tout engagement, et, par l'effet de ma situation même, n'ayant ni parti pris ni habitudes à changer, j'ai pu déjà proposer à un ministre éminent et ami de la jeunesse quelques améliorations que j'ai été heureux de voir accueillir, avec la même libéralité qu'elles avaient été conçues, dans le seul intérêt de la gloire de notre Faculté et de l'accroissement de vos connaissances.

C'est à ces conditions, en effet, que je comprends et que j'ai accepté cette autorité, qui assume sur moi une si grande responsabilité.

L'accès de notre bibliothèque plus largement ouvert aux travailleurs, les amphithéâtres d'anatomie et les laboratoires agrandis, l'enseignement pratique enrichi de cliniques nouvelles, qui, confiées à d'anciens agrégés dont vous avez appris dès longtemps à reconnaître les talents et le zèle, continueront, sans laisser jamais ni dévier ni déchoir les traditions des chaires de clinique médicale et chirurgicale qui font la gloire de notre Faculté ; enfin, l'institution du concours appliqué à la nomination des chefs de clinique, dont les fonctions, réservées à l'élite de nos élèves, vont ainsi se trouver relevées, et ouvrir aux jeunes médecins la carrière qu'offrait aux chirurgiens le recrutement des prosecteurs et des aides d'anatomie : telles sont les premières mesures dont j'ai poursuivi et obtenu la réalisation, et que va inaugurer l'année qui commence. L'avenir, et un prochain avenir, je l'espère, montrera qu'elles peuvent être fécondes.

Jeunes élèves, trop peu de jours se sont écoulés depuis que j'ai été appelé à votre tête, pour que j'aie pu songer à autre chose qu'à me présenter moi-même à vous tous qui m'écoutez, tel que je suis, tel que vous me trouverez toujours, prêt à vous accueillir, à vous seconder, à vous soutenir, comme un guide, comme un père.

Je ne veux pas, cependant, céder la parole au professeur aimé que vous allez entendre, sans saluer la bienvenue de la nouvelle promotion d'agrégés qui viennent prendre près de nous la place glorieusement conquise que leurs aînés laissent vacante, et qui nous apportent, par le fait de ce renouvellement salutaire et fécond, et avec le concours de leur savoir éprouvé, quelque chose de l'ardeur de la jeunesse.

Que leur exemple, chers élèves, soit pour vous un puissant et continuel encouragement ! Plus près de vous, ils vous montrent mieux le chemin. Il n'en est pas un parmi vous qui, par la voie du concours librement ouvert à tous, ne puisse prétendre à ce but élevé où vous devez placer votre ambition, et où la Faculté aime à placer ses espérances.

Proclamation des prix.

M. Gavarret proclame les noms des lauréats des concours pour les prix de la Faculté, Corvisart, Monthyon et Barbier.

Prix de la Faculté. — Grand prix (médaille d'or) : M. Fritz. — Premier prix (médaille d'argent) : M. Proust. — Deuxième prix (médaille d'argent) : M. Dubuc. — Mention honorable : M. Chalvet.

Prix Monthyon. — M. F. Bricheteau.

Prix Corvisart. — M. Challier.

Prix Barbier. — Le prix Barbier n'a pas été décerné, mais, sur la valeur de ce prix, montant à 2,000 francs, la Faculté a accordé :

A M. Marey, 1,500 francs, pour ses recherches de sphygmographie.

A M. Mathieu, 500 francs, pour les perfectionnements qu'il a apportés dans la fabrication des pièces de prothèse.

La Faculté a accordé une mention spéciale, à laquelle le ministre de l'instruction publique a joint une lettre d'encouragement, aux auteurs des meilleures thèses soutenues pendant l'année scolaire, savoir : En première ligne : à M. Dujardin-Beaumetz, à M. Lancereaux, et à M. Raynaud. En deuxième ligne : 1° à M. Ball, 2° à M. Cazin et à M. Tillaux.

L'on sait l'état d'isolement dans lequel vivaient les étudiants en médecine à Paris. La lettre suivante, que M. Husson vient d'adresser à M. Morel-Lavallée, doit venir rassurer les familles à l'égard de leurs enfants malades. Ne pourrait-on faire mieux encore ? Pourquoi, par exemple, la commission centrale de l'Association des médecins de la France ne déléguerait-elle pas à quelques-uns de ses membres le soin de seconder l'administration hospitalière dans sa généreuse initiative ? C'est une proposition sur laquelle nous n'hésitons pas à appeler l'attention du vénéré président de l'association.

Voici la lettre de M. le directeur de l'Association publique :

« Monsieur le docteur, écrit M. Husson, un de vos collègues m'a informé qu'un de nos meilleurs élèves externes venait de succomber, à la suite d'une maladie grave et rapide, dans une chambre d'hôtel où il vivait isolé, loin de sa famille, qui habite la province.

« Bien que cet infortuné jeune homme, entouré de ses camarades et soigné par deux de nos plus habiles chefs de service, n'ait manqué de rien d'essentiel, cependant j'ai appris, non sans émotion, que le malade n'avait point trouvé dans l'installation du logement qu'il habitait tout le bien-être désirable, et que son isolement, dans la position si pénible où l'avait plongé tout à coup la maladie, avait pu jeter dans son âme le trouble et le découragement.

« J'ai vivement regretté de n'avoir pas été informé en temps utile d'une situation si digne d'intérêt, car j'aurais pris immédiatement des mesures pour que notre élève obtînt tous les soins matériels et moraux que réclamait sa position.

« Mais ce cas, heureusement rare, peut se présenter de nouveau, et je viens me concerter avec vous, monsieur le docteur, pour que nos élèves séparés de leurs familles puissent désormais, s'ils sont gravement malades, trouver dans l'administration à laquelle ils appartiennent, l'aide efficace et l'appui sympathique dont ils peuvent avoir besoin.

« Si donc, dans votre service, un élève interne, non logé ou logé d'une manière insuffisante pour le traitement ; si un externe, logé en garni ou trop étroi-

tement, venait à tomber gravement malade, sans que sa famille pût pourvoir immédiatement à tous ses besoins, je vous prierai, monsieur le docteur, d'en avertir aussitôt le directeur de l'hôpital ou de l'hospice. Cet agent supérieur visitera sans aucun délai le malade, autant que possible avec le médecin qui sera chargé du traitement, et il m'en référera sur-le-champ. Je prendrai dès le jour même des mesures pour qu'une garde soit placée près du malade, s'il désire rester dans sa chambre, et pour qu'il soit, d'ailleurs, entouré de tous les soins matériels qui pourront aider au succès du traitement. Si, d'après l'avis du médecin, le malade ne peut, sans inconvénient, être maintenu dans le local qu'il occupe, il sera transféré là où des soins plus complets pourront lui être assurés.

« L'élève sera visité fréquemment par le directeur de son hôpital ; je le visiterai moi-même, et je ne négligerai rien pour qu'au dévouement de ses camarades et à la sollicitude de son chef de service viennent se joindre les sympathies actives et les encouragements de notre administration.

« Nous aurons ainsi, monsieur le docteur, remplacé près de quelques-uns de nos élèves malheureux la famille absente, et montré une fois de plus que l'administration hospitalière est animée de sentiments paternels pour les élèves qui s'attachent à elle et se dévouent, dans la mesure de leurs forces, au service des malades. »

L'Ecole supérieure de pharmacie de Paris a fait sa rentrée sous la présidence de M. Bussy, directeur. M. Berthelot a ouvert la séance par un discours dans lequel il a mis en relief les relations qui existent entre la chimie organique et la pharmacie. M. Buignet a rendu compte des travaux de la Société de pharmacie et a insisté particulièrement sur les documents préparés en vue de la révision du Codex. M. Chatin a fait ensuite une lecture sur la structure anatomique des xanthères. Enfin, M. Baudrimont a lu un rapport sur le concours relatif aux prix des thèses.

M. Rochette a obtenu le prix de première année de l'Ecole de pharmacie; M. Lebon le prix de deuxième année ; M. Poulain le prix de troisième année.

M. A. Vaiser a obtenu le prix des thèses.

Le prix de matière médicale, fondé par M. Ménier, a été décerné à M. Benoît.

M. Depaul, présenté en première ligne par la Faculté de médecine et le conseil académique, vient d'être nommé à la chaire de clinique d'accouchements.

M. Kœberlé, chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé en outre directeur du musée anatomique pathologique, en remplacement de M. le professeur Erhmann, dont la démission pour cette fonction a été acceptée.

La statue d'Esquirol vient d'être inaugurée dans la cour principale de la maison de Charenton, devant une assistance des plus nombreuses. La cérémonie était présidée par M. Parchappe, inspecteur général des établissements d'aliénés.

Les docteurs Tahère, Fourgeaud, Castagné et Vaudeville sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.



THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Note sur les deux agents anthelminthiques les plus inoffensifs.

Dans la pratique de notre art, il n'y a que les hommes les plus haut placés dans l'opinion publique à qui il soit possible de n'adopter pour guide de leur conduite que les seules données de la science. Le plus grand nombre des praticiens sont obligés de compter avec les préjugés des malades ou de leurs familles. C'est là un fait banal dont la vérité, qui se constate chaque jour, est surtout frappante dans l'exercice de la médecine des enfants. Quand il s'agit de ces petits êtres, dont la santé et la vie sont si frêles, de combien d'erreurs, d'inepties, d'aveuglement, notamment en ce qui se rapporte à l'hygiène, à l'alimentation des nouveau-nés par exemple, le médecin n'est-il pas journellement témoin, et sur lesquels trop souvent, et malgré qu'il en ait, il se trouve contraint, de guerre lasse, à fermer les yeux, faute de pouvoir imposer les vues saines et justes qu'il doit à l'étude et à l'expérience.

Parmi les préjugés ainsi enracinés dans l'esprit des familles, à quelque classe sociale qu'elles appartiennent d'ailleurs, il n'en est peut-être pas dont le praticien ait plus souvent à tenir compte que la croyance à l'existence des affections vermineuses et la disposition à attribuer à une telle condition un grand nombre, si ce n'est la plupart, des accidents et des troubles morbides qui viennent à se manifester chez les jeunes sujets.

Si nous avions à rechercher les causes des idées erronées des gens du monde sur ce point, comme sur beaucoup d'autres qui se rapportent à la pathogénie des maladies de l'enfance, il ne nous serait pas difficile de démontrer qu'elles ne sont que le retentissement éloigné, l'écho prolongé et persistant de doctrines qui pendant longtemps ont régné dans la science, et, — pourrions-nous ajouter quant aux affections vermineuses, — de doctrines qui, pour certains esprits, et dans une assez large proportion, y règnent encore aujourd'hui.

Il n'est pas d'époque où le parasiticisme ait été étudié avec plus d'ardeur, et aussi plus de soin et un esprit scientifique plus rigoureux que de nos jours. Il est vrai que les recherches modernes ont surtout mis en lumière les faits qui ont rapport au parasiticisme végétal. Mais le parasiticisme animal est loin d'avoir été oublié : les travaux sur l'acare, entrepris et suivis dans toute la série animale, sont là pour en faire foi ; et, à côté de ceux qui ont pour objet ces

ectozoaires, n'en est-il pas beaucoup également d'aussi importants, et d'aussi avancés et complets, sur un grand nombre de parasites qui se développent et vivent au sein des tissus ou dans la cavité de certains organes creux, tant chez l'homme que chez les animaux?

Or, qu'au milieu de tant de travaux sérieux, il arrive qu'un savant, par une généralisation qui séduit mais qui s'égare, vienne rajeunir d'anciennes théories, celle de Plancin, par exemple, qui voulait que toutes les maladies dont peut être affligée l'espèce humaine tirassent leur origine de la présence de parasites animaux, est-ce que ses idées, ses conclusions seraient universellement repoussées? C'est certainement le contraire qui arriverait, ou, pour mieux dire, c'est le contraire qui est arrivé. Un chimiste qui s'était fait une réputation considérable dans la science, et qui jouit de beaucoup de popularité, quittant la spécialité de ses travaux, n'est-il pas venu en effet, il y a peu d'années, reprendre à nouveau et soutenir cette doctrine, cette vue systématique que nous rappelions tout à l'heure? M. Raspail, on le sait, à l'exemple de l'auteur qui vient d'être cité et d'autres auteurs des siècles passés, admet sans hésitation que toutes les maladies sont produites par une espèce particulière d'helminthes. Son livre, écrit avec le ton de la conviction et une grande puissance de style, n'a pas eu de peine à réveiller l'entraînement des gens du monde et à leur faire partager les mêmes idées. Au reste, tout en imposant ainsi aux masses ignorantes, ou qui se croient éclairées, une croyance d'autant plus tenace qu'elle semble basée sur des faits matériels et tangibles, cet ouvrage aurait eu du moins ce résultat avantageux, de substituer à des remèdes populaires grossiers une médication plus simple, l'emploi de l'aloès et du camphre, si ce dernier agent n'était pas devenu et n'était pas fréquemment, entre les mains d'adeptes plus enthousiastes que le maître, la cause d'accidents regrettables.

Quoi qu'il en soit de tout cela, quelle que soit la source des préjugés que nous rappelons ici, et quelque raison qu'il y ait de ne pas s'étonner de leur persistance, ces préjugés existent, et il faut compter avec eux dans bon nombre de cas; il le faut d'autant plus que parfois le préjugé a pu et peut rencontrer juste, à la confusion du praticien qui croyait devoir se prononcer différemment, faute de signes caractéristiques suffisants. Mais pour céder aux idées préconçues des familles, pour se résoudre à instituer un traitement dont la prescription est plus une satisfaction accordée à ces idées que le résultat d'une investigation médicale ayant abouti à la conception d'une indication rationnelle, au moins convient-il de ne le faire qu'avec la certitude

de n'être pas nuisible aux malades. C'est dans le but d'indiquer les moyens d'éviter un de ces écueils, sans se jeter dans l'autre, que nous publions aujourd'hui cette note.

Nous venons de faire allusion à l'embarras où peut se trouver et où se trouve en effet quelquefois le praticien pour admettre avec quelque présomption de certitude l'existence de certaines maladies, malgré l'appel fait dans ce sens à son attention. On a compris que nous entendons faire ici l'application de cette remarque à l'affection vermineuse, principalement chez les enfants. C'est qu'en effet les troubles morbides, dont la présence de parasites intestinaux peut être le point de départ, sont très-divers par leur nature, leur physionomie, leur intensité, et que ces troubles, ces symptômes sont loin de constituer une séméiotique suffisamment décisive. Cet embarras est encore plus grand dans certains pays, à Paris par exemple, où l'helminthiase n'étant pas à beaucoup près aussi commune que dans d'autres localités, les médecins, d'une part ont moins d'occasions d'acquérir l'expérience des phénomènes auxquels peut donner lieu cette affection, et d'autre part en raison de son peu de fréquence, sont moins incités à lui attribuer l'origine d'accidents qui ailleurs feraient de suite poser la question de son existence.

Les helminthes ou entozoaires intestinaux, les seuls dont il sera question dans cette note, très-nombreux et très-variés, ne vivent pas indifféremment dans le corps de tous les animaux. Parmi ceux-ci, chaque espèce a ses parasites particuliers. L'homme en présente dans ses voies digestives sept espèces différentes : l'ascaride lombricoïde ou lombric, le trichocéphale, l'oxyure vermiculaire, le ténia solium ou armé, le bothriocéphale large, le distome lancéolé et le distome hépatique. De ces sept espèces il ne sera ici question que de trois seulement, le lombric, le ténia et les oxyures, les autres ou paraissant à peu près inoffensifs, comme les trichocéphales malgré l'accusation portée contre ces vers par Rœderer d'être la cause de la maladie qu'il a décrite avec Wagler sous le nom de *morbus mucosus*, ou bien étant au moins très-rares, soit dans notre pays, comme le bothriocéphale, soit d'une manière absolue, tels que sont les distomes.

Les trois espèces d'entozoaires dont le traitement fait le sujet principal de cette note sont trop connues pour que nous ayons besoin de rappeler ici leurs caractères zoologiques. Il nous suffira de mentionner sommairement que chacune habite une région déterminée du tube digestif, savoir : le lombric et le ténia l'intestin grêle, les oxyures le gros intestin, donnée d'une grande importance

au point de vue pratique. Sur elle, en effet, repose le mode d'administration le plus certain des médicaments anthelmintiques, les agents dirigés contre les vers qui habitent la partie supérieure du tube intestinal devant être donnés par la bouche, tandis que c'est par la voie rectale qu'il convient d'attaquer ceux qui siégent dans le gros intestin.

Nous n'entreprendrons pas non plus, et pour cause, d'exposer les symptômes morbides auxquels peut donner naissance la présence de ces parasites. Ces symptômes sont trop variables, trop peu caractéristiques dans un grand nombre de cas, ainsi que nous l'avons noté ci-dessus, pour que nous ne renoncions pas à essayer d'en faire le tableau. Il suffira de rappeler que ces symptômes sont de deux ordres, suivant que les troubles ont leur siége : 1° dans les organes mêmes occupés par les parasites, tels que dérangements des fonctions digestives, perturbations des sécrétions et des excrétions intestinales, influence sur les tissus comme corps étrangers, au point d'y déterminer des inflammations et des abcès, surtout dans les diverticulums intestinaux, etc.; 2° dans des organes plus ou moins éloignés, troubles dits *sympathiques*, phénomènes dynamiques affectant les systèmes nerveux des deux vies, celui de la vie végétative plus spécialement, résultant sans aucun doute d'une action réflexe sollicitée par une titillation des houpes nerveuses de l'intestin, et qui se traduisent le plus souvent par des accidents de forme névropathique, principalement par des convulsions, surtout chez les enfants.

A côté de ces accidents, il en est d'autres dont on trouve d'assez nombreux exemples dans les auteurs, et dont la possibilité ne doit jamais être perdue de vue. Ce sont ceux que déterminent les vers intestinaux lorsqu'ils viennent à quitter leur siége d'élection pour se porter dans d'autres organes avec lesquels leur habitat ordinaire est en rapport de voisinage plus ou moins rapproché. Telle est l'excitation, le prurit que les oxyures font naître dans les parties sexuelles lorsqu'ils immigrent du rectum et de l'anus vers ces organes, où, en éveillant des sensations jusqu'alors inconnues, ils deviennent le point de départ, même chez de très-jeunes enfants, des habitudes les plus funestes. Tels sont encore les troubles qu'excitent les lombrics en s'introduisant dans les canaux de l'appareil biliaire, ceux qu'ils déterminent en pénétrant dans l'estomac, dans l'œsophage, dans le pharynx et jusque dans les voies respiratoires.

Je me rappellerai toujours avoir été témoin, pendant mon séjour à Bicêtre, d'une crise d'hystérie des plus violentes chez une femme

qui n'était pas sujette à cette maladie et chez laquelle l'existence d'une affection vermineuse n'était pas soupçonnée. Ne sachant comment expliquer l'apparition de cet accès convulsif, et remarquant que la malade portait ses mains à sa gorge avec le geste d'en arracher quelque chose, j'eus l'idée, guidé par ce signe, d'entrouvrir la bouche, ce que je ne parvins à faire qu'avec beaucoup de peine, et après avoir assuré l'écartement des mâchoires à l'aide de morceaux de liége placés entre les arcades dentaires, je pus voir et saisir avec des pinces à pansement un énorme lombric qui avait remonté jusqu'à l'isthme du gosier. Les convulsions cessèrent aussitôt après l'extraction du ver.

Ces divers symptômes, avons-nous dit, et cela est connu de chacun, symptômes sympathiques ou symptômes locaux, locaux soit eu égard au siége accoutumé, soit par rapport aux siéges accidentels qui résultent des migrations des entozaires, n'ont rien par eux-mêmes de caractéristique. Ils peuvent se manifester sous l'influence de causes pathogéniques tout autres que l'existence de parasites intestinaux. C'est ce qui explique les difficultés que peut éprouver le praticien, les doutes qui viennent se partager son esprit, l'embarras et l'hésitation de sa conduite, lorsqu'il se trouve en présence de tels accidents, si les causes n'en sont pas immédiatement et clairement appréciables, comme il n'arrive que trop fréquemment. Raison de plus pour apporter un soin extrême à établir le diagnostic de leur pathogénie, et dans ces sortes de cas la question de l'helminthiase doit toujours être posée.

Or, le diagnostic de cette affection, s'il est souvent obscur et difficile, est loin cependant d'être impossible. Même à l'aide de la simple observation clinique, telle qu'elle a été faite jusqu'à nos jours, telle qu'elle est entendue et pratiquée et le sera longtemps encore peut-être par bon nombre de praticiens, ce diagnostic est susceptible d'être obtenu avec un degré de probabilité qui approche de la certitude. D'abord, il y a les commémoratifs, lesquels se rapportent à deux ordres de questions, savoir : 1° le malade a-t-il précédemment rendu des vers ou des fragments de vers ? 2° a-t-il habité un pays où l'affection vermineuse fût endémique ? En deuxième lieu, les symptômes spéciaux provoqués par la présence des entozoaires, s'ils sont vagues pour la plupart lorsqu'on les observe isolément, forment par contre, quand ils sont groupés, un ensemble capable de faire naître dans l'esprit, sinon une certitude absolue, du moins des présomptions très-fortes. Enfin, s'il reste du doute, il peut se faire qu'il y ait expulsion spontanée d'helminthes ou de portions d'helminthes : alors, le diagnostic est fait.

Cette dernière circonstance, des évacuations caractéristiques, était

autrefois la seule condition qui pût procurer la connaissance certaine de l'existence d'une affection vermineuse. Aujourd'hui, il faut y joindre un signe qui est décisif et qui supplée à l'absence de celui dont il vient d'être question. C'est la présence des œufs des helminthes dans les garde-robes, révélée par l'examen microscopique des matières fécales, examen qui vient donner au diagnostic toute la précision désirable, puisque, par ce moyen, l'on constate non-seulement la présence, mais encore la nature et l'espèce du parasite.

Un savant médecin, M. le docteur Davaine, dans son excellent et savant *Traité des Entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques*, nous a donné la figure des œufs de chacune de ces espèces ; et il est à remarquer que le chiffre de leur ponte étant considérable, il n'est pas nécessaire d'examiner une grande quantité de matières pour obtenir ce renseignement. Nous reproduisons celles des figures données par M. Davaine, qui représentent les espèces les plus communes chez l'homme. On verra, en les examinant, que les œufs de ces diverses espèces ont des caractères bien tranchés, à l'aide desquels il est toujours, non-seulement possible, mais même facile de reconnaître à quoi l'on a affaire.

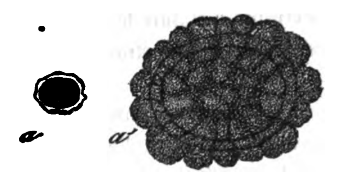


Fig. 1. — *Ascaride lombricoïde.*
a, ovule grossi 107 fois. *a'* 340 fois.
On les trouve facilement.



Fig. 2. — *Trichocéphale dispar.*
b, ovule grossi 70 fois. *b'* 340 fois.
Se trouvent communément.



Fig. 3. — *Oxyure vermiculaire.*
c, Ovule grossi 70 fois. *c'* 340 fois.
M. Davaine a vainement cherché ces ovules dans les selles d'individus atteints d'oxyures, mais les lavements d'eau sucrée amènent la sortie d'un certain nombre de ces parasites.

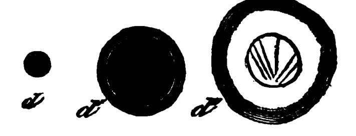


Fig. 4. — *Ténia solium, armé.*
d, ovule grossi 70 fois. *d'* 340 fois.
d'' même grossissement traité par la solution de potasse caustique.
On n'a pas encore rencontré cet ovule dans les selles lorsque le ver est intact.

Constater la nature du mal et appliquer à propos et convenablement le remède, connaître et guérir, sont les deux termes de la pra-

tique médicale. Maintenant que nous avons indiqué un moyen certain de diagnostic, nous devons aborder l'étude du traitement. Ici, nous ne voulons pas répéter ce que l'on trouve dans tous les traités des maladies des enfants ou ceux de thérapeutique ; nous nous proposons de parler spécialement des agents moins vulgarisés et en même temps, conformément à l'esprit qui a inspiré cette note, qui sont les plus inoffensifs.

Dans l'étude des médications anthelminthiques, on cherche trop à spécialiser l'emploi de chacun de ces agents ; ainsi, on a fait des classes particulières des lombricides et des ténicides. Aujourd'hui encore que, grâce au moyen de diagnostic fourni par le microscope, les inconvénients de cet enseignement classique sont moins graves, la pratique courante profitera davantage des recherches ayant pour but d'établir celles des substances anthelminthiques qui agissent à la fois sur le plus grand nombre des parasites. Le praticien ne saurait porter constamment sur lui un microscope ; il importe de lui rappeler que plusieurs de ces médicaments agissent avec une égale efficacité sur les diverses espèces de vers, et que le succès repose sur une question de doses. La graine de citrouille, le plus inoffensif des vermifuges, va nous en offrir la preuve.

Il est peu de classes de médicaments qui aient été l'objet de plus d'études et qui aient fait plus de conquêtes, depuis un certain nombre d'années, que celle qui fournit des moyens à la médication anthelminthique. Mais ces acquisitions ont surtout porté sur les ténifuges. Un des derniers agents étudiés est celui dont nous parlions à l'instant, la graine du *pepo maxima*. Mais cet agent n'est que du vieux neuf, du moins comme médicament vermifuge ; car Pline en parle, et on le voit figurer dans la liste des remèdes propres à combattre l'affection vermineuse signalés par certaines vieilles pharmacopées. L'efficacité de son action sur le ténia est aujourd'hui établie par un trop grand nombre de cas de succès authentiques pour qu'il soit utile d'en produire de nouveaux ; s'il en était besoin, je pourrais joindre à ceux déjà connus deux faits concluants, qui me sont personnels. C'est, du reste, à titre d'expérience que j'ai essayé la graine de citrouille contre le ver solitaire, car je lui préfère encore l'extrait oléo-résineux de fougère mâle, ou mieux j'associe les deux agents dans la même formule [1].

Mais cette graine ne tue pas le ténia seulement ; elle agit également, et avec tout autant de sûreté, sur les lombrics. Je puis le cer-

[1] Voir à la pharmacie, la note sur une émulsion ténifuge, p. 505.

tifier par expérience, car je ne me sers pas d'autre moyen, et je m'en sers toujours avec succès, pour débarrasser de ces parasites les jeunes enfants des villages voisins de la campagne que j'habite pendant l'été. A Paris, j'ai provoqué quelques essais. M. Réveil, pharmacien de l'hôpital des Enfants, a eu l'occasion de le prescrire plusieurs fois, et toujours avec les meilleurs résultats, à de jeunes sujets qu'on avait amenés à la consultation de cet établissement; et M. le docteur Mézière, médecin du premier dispensaire de la Société philanthropique, l'a employé avec un égal avantage chez une de ses malades. Voici ce fait, tel que nous l'a communiqué M. Mézière : je le cite comme spécimen, parce que dans ce cas notre confrère a expérimenté une forme particulière du médicament [1].

Mlle X***, âgée de trente-huit ans, demeurant à Batignolles, est depuis longtemps traitée par moi. Sa santé est habituellement mauvaise, et très-souvent elle a été prise d'accidents intestinaux sans caractère bien défini.

Plusieurs fois, la teinte jaune de la peau et des envies fréquentes de vomir m'ont fait croire à une obstruction du foie, et je l'ai envoyée deux années de suite à Vichy, passer trois ou quatre semaines.

Les purgatifs fréquents et l'usage des alcalins lui ont été favorables; mais il est toujours resté une douleur plus ou moins intense dans la région gauche du côlon transverse, et habituellement des coliques; sourdes ou vives, avec alternatives de diarrhée et de constipation. De temps à autre, le ventre se ballonnait, l'haleine était fétide, et il y avait des vomituritions. A tout cela, vint s'ajouter un amaigrissement notable; le sommeil devint difficile, les yeux ternes et largement cernés, et le visage prit une teinte plombée très-prononcée.

Un jour, la malade rendit un ver lombric dans une garde-robe. Je la mis alors à l'usage des semences de citrouille préparées sous forme de dragées, et, dans l'espace de trois jours, elle en absorba

---

[1] Une des qualités que la médecine des enfants réclame le plus impérieusement, c'est qu'au *citò et tutò* du précepte classique le *jucundè* ne fasse jamais défaut, bien entendu autant que faire se peut. Dans les prescriptions que formulent les jeunes praticiens surtout, ce côté de la question se trouve trop souvent négligé ; aussi que de fois les mères leur disent-elles qu'il leur a été impossible de faire prendre à leur enfant le médicament ordonné. Dans le but de réunir les trois conditions du précepte, j'ai eu l'idée de faire préparer par un habile pharmacien, M. Garnier, des dragées dont l'amande est remplacée par une graine de citrouille mondée de son enveloppe. Le petit malade, en croquant sa dragée, fait lui-même son émulsion vermifuge. M. Garnier s'est arrangé de façon à ce que le poids de l'enveloppe de sucre ne dépassât pas celui de l'amande, en sorte qu'il suffit, au point de vue de la posologie, d'administrer un poids de dragées double de celui de semences qu'on a l'intention de faire prendre.

une dose de 120 grammes. Sous l'influence de ce moyen, vingt-cinq longs vers furent rendus en deux fois, et il n'y eut d'autre phénomène qu'une diarrhée qui se prolongea pendant quarante-huit heures.

A partir de ce moment, M[lle] X*** s'est trouvée mieux. Cependant, depuis un mois à peu près, les mêmes symptômes se reproduisent; j'aurais voulu répéter l'expérience du médicament, mais je n'ai pu le faire, la malade ayant dû s'absenter pendant quelque temps de Paris.

Les substances anthelminthiques forment deux grandes classes, celles qui tuent les vers, *vermicides*, et celles qui se bornent à les expulser, *vermifuges*. Il en est qui jouissent d'une action multiple, qui sont à la fois amères, antispasmodiques, purgatives. Ces médicaments sont plus sûrs que ceux qui ne possèdent qu'une seule de ces propriétés, et le choix des uns ou des autres est commandé par la nature des accidents qu'éprouvent les malades, ainsi que par l'état du tube digestif. Ainsi, pour combattre des symptômes convulsifs, on aura recours de préférence aux agents à la fois volatiles et amers, comme les huiles essentielles; lorsque l'état du tube digestif laisse à désirer, qu'il y a des saburres, c'est à l'huile de ricin qu'on a recours habituellement. Comme purgatif, cette huile agit à très-petite dose; mais, comme remède anthelminthique, elle doit être donnée à plus haute dose, car elle doit pénétrer le ver, agir sur lui par imbibition. Ici, comme ailleurs, le but qu'on poursuit fait varier la quantité des substances médicamenteuses à prescrire. Mais revenons à notre agent, la graine de citrouille.

Ces semences appartiennent évidemment à la classe des vermicides. L'analyse qui nous a été fournie par notre collaborateur, M. Stan. Martin, en y signalant l'absence d'un principe actif, montre qu'elles doivent exercer une action analogue à celle de la fougère, c'est-à-dire agir par réplétion du ver. Cette notion a son importance : elle prouve que pour réussir il faut donner de grandes doses; or, celles-ci ne sont possibles seulement que lorsque les agents sont inoffensifs.

L'efficacité de la graine de citrouille, dans les cas de lombrics comme dans ceux de ténia, prouve une fois de plus qu'il n'est pas d'agent spécial pour tel ou tel ver, que ceux qui tuent ou expulsent une espèce tuent ou expulsent également les autres; seulement la quantité du médicament doit être proportionnée à la force, à la vigueur de l'helminthe. Le ténia exigerait donc une dose plus considérable que le lombric; mais comme, d'un autre côté, les lombrics sont souvent très-nombreux, la dose ne devra pas être moindre,

quand ce sera cette espèce qu'il s'agira de détruire : nouvelle considération qui indique que pratiquement ce sont les hautes doses qui sont les plus utiles, nouveau motif pour user de préférence des agents qui jouissent de l'innocuité la plus considérable.

Les vermicides agissant sur le ver même doivent être administrés en nature. L'expérience clinique a consacré cet usage sans en donner la raison, et nous n'avons pas la prétention d'en fournir une explication irrécusable, trouvée du reste assez bonne par Mérat pour qu'il ait admis que les mucilagineux tuaient les vers par indigestion, de la même manière que le sang fait périr les sangsues, quand elles s'en gorgent en trop grande quantité. Mais il y a quelque chose de plus dans les semences de citrouille, puisqu'elles tuent ténias et lombrics, tandis que les émulsions d'amandes douces ne produisent aucun effet sur ces animaux.

Il est peu de médications qui réclament des formes plus simples dans les préparations que le traitement des affections vermineuses, et d'ailleurs la fréquence de ces maladies dans les classes pauvres imposait l'obligation de cette simplicité, en même temps que de la modicité du prix. Le médicament que nous préconisons ici, les graines du *pepo maxima*, répond à ce double désideratum. La valeur vénale en est presque nulle dans notre pays par l'abondance de ce fruit, la grande consommation qu'on en fait, notamment dans le nord de la France, et par le nombre considérable de graines qu'il renferme. La seule précaution à prendre est de conserver ces graines dans de bonnes conditions : on se rappelle que M. Stan. Martin signalait récemment, comme une cause d'insuccès, le mauvais état de celles fournies par la droguerie. Quant aux formes, rien de plus simple et de plus facile. On peut se borner à broyer les semences après les avoir dépouillées de leur enveloppe, et y ajouter un peu de sucre et de lait, préparation qui est à la portée des familles les plus pauvres. Vient ensuite l'émulsion préparée par le pharmacien, à laquelle je fais souvent associer quelques grammes d'extrait de fougère mâle. Enfin, il y a la forme de dragées, dont nous avons parlé plus haut, qui a l'avantage d'être parfaitement acceptée des enfants, et est sous tous les rapports bien préférable à ces biscuits dans lesquels la dose de l'agent anthelmintique est toujours en trop faible quantité, et que d'ailleurs les petits malades mangent bien une fois, mais le plus souvent refusent ensuite.

Nous devons passer maintenant à notre seconde catégorie de parasites, les oxyures. Leur siége permet, ainsi que nous l'avons dit, de les attaquer directement et sans que les médicaments subissent

l'action de l'estomac; c'est sous la forme d'injections rectales que s'administrent les agents dirigés contre eux.

Ici encore nous pouvons ajouter une ressource thérapeutique à celles déjà connues; mais elle est plus nouvelle que la précédente: nous voulons parler des lavements d'eau sucrée.

Voici à quelle occasion j'ai été conduit à constater cette action du sucre sur les helminthes en général et sur les oxyures en particulier. Un jour que je voulais faire tomber des sangsues posées à l'un de mes enfants, je demandai un peu de sel. En voyant les mouvements de contraction exagérés des annélides, je soupçonnai une erreur, et la dégustation me fit reconnaître en effet que la substance employée était du sucre en poudre. Ce fait me frappa assez vivement pour m'engager à expérimenter l'action du sucre sur d'autres espèces d'animaux inférieurs, car j'entrevis de suite la possibilité d'applications thérapeutiques. J'essayai donc sur des lombrics terrestres avec les mêmes résultats, et quelques jours après le hasard vint me fournir l'occasion de constater que mes prévisions, au point de vue pratique, étaient réellement fondées.

Je fus consulté pour une petite fille qui éprouvait des démangeaisons extrêmes à la région ano-vulvaire. A l'examen, je constatai une quantité considérable d'oxyures qui avaient quitté leur siége d'élection et s'étaient éparpillées sur les parties voisines, sur la vulve principalement. Voulant faire une expérimentation directe, je demandai un vase rempli d'eau tiède, et, à l'aide d'une éponge, j'y fis tomber tous les helminthes. Les oxyures continuent à vivre dans l'eau tiède, ils y nagent à la manière des sangsues. Je jetai dans l'eau une pincée de sucre en poudre, et, armé de ma loupe, je suivis les effets produits sur tous les vers qui se trouvaient touchés par le sucre. Ils étaient pris d'un mouvement de crispation et tombaient au fond du vase. Cet enseignement acquis, je fis dissoudre du sucre, mais cette fois dans de l'eau froide, et pratiquai des lotions sur la vulve, l'anus et les régions voisines; je fis donner des lavements avec cette eau sucrée, et ma petite malade fut délivrée de ses oxyures. Depuis, c'est toujours de ce moyen que je me sers chez les enfants.

Voici deux autres exemples; nous les rapportons autant pour montrer que, même à Paris, il faut savoir compter avec les affections vermineuses, que pour témoigner de la réalité de cette action du sucre en solution.

Obs. I. *Hypocondrie, amaigrissement provoqués par la présence d'oxyures. — Bouillie de semences de citrouille et lavements d'eau sucrée. — Guérison.* — Il y a cinq ou six années, alors que je re-

prenais l'étude des agents ténifuges indigènes, la domestique de notre regretté confrère Téallier me fut adressée comme sujet d'expérience. Cette fille, âgée de trente ans, d'une santé assez bonne, quoique faible et délicate, n'avait éprouvé jusque-là que des accidents nerveux très-légers provoqués par la présence de lombrics.

Depuis une année, des symptômes beaucoup plus graves s'étaient montrés. Elle avait maigri au point que ses anciennes connaissances ne la reconnaissaient plus. Souvent il lui prenait une faim-valle, et, si elle ne satisfaisait pas immédiatement ce besoin irrésistible de manger, elle éprouvait une défaillance. Elle ressentait en outre une soif ardente, ainsi que des alternatives de constipation et de diarrhée. Enfin, elle était en proie à un découragement complet et se croyait atteinte d'une maladie à laquelle elle devait succomber. Une seule espérance lui restait, celle d'avoir le ver solitaire, parce qu'elle était convaincue que je la débarrasserais de son ennemi, ainsi que je l'ai fait pour deux personnes de la famille de son maître.

Le commémoratif ne me laissait aucun doute sur la nature de la cause de l'état de la malade, et je n'hésitai pas à rapporter les nouveaux troubles subis par la santé au retour d'une affection vermineuse. Seulement, des démangeaisons à l'anus qu'éprouvait cette fille me portèrent à penser que ce n'était plus des lombrics, mais des oxyures qui étaient cause de ces troubles, ou au moins que cette dernière espèce d'helminthes coexistait avec l'autre.

Comme M. Davaine n'avait pas encore publié son travail sur le diagnostic des vers dans l'intestin par l'examen microscopique des matières evacuées, il n'y avait que la sortie de parasites qui pût venir me fournir une certitude quant à la cause des accidents. Je prescrivis donc tout d'abord un vermifuge et fis choix d'un mélange à parties égales de santonine et de calomel (30 centigrammes de chaque).

Cette préparation donna lieu à des envies de vomir, à des coliques, à de la tympanite; en outre, elle provoqua six garde-robes abondantes de matières verdâtres. La malade ne put s'assurer que de l'absence des lombrics. Sous l'influence de l'action de la santonine, tous les objets furent colorés en jaune; le même phénomène s'était manifesté déjà trois années auparavant, à la suite de l'ingestion de deux cuillerées à bouche de poudre de semen-contra. Cette dose avait amené l'expulsion de sept lombrics et rétabli la santé.

Les accidents produits par le mélange vermifuge, et l'absence de lombrics, me portèrent à penser que j'avais à faire à des oxyures et que ceux rendus avaient échappé à l'examen de la malade.

Je la laissai reposer deux jours en lui recommandant, dans le cas où elle éprouverait encore des démangeaisons à l'anus, de prendre un lavement d'eau sucrée froide (cinq ou six morceaux de sucre pour un verre d'eau, soit 30 grammes de sucre pour 120 grammes d'eau) et d'examiner de nouveau les matières rendues.

Trois jours après, cette fille vint me voir et m'apprit que la veille au soir, un peu de prurit de l'anus étant apparu, elle avait pris son lavement et avait pu constater dans la garde-robe une grande quantité de petits corps blancs semblables à du fil haché.

Je l'engageai alors à prendre pendant cinq jours consécutifs, le matin, une tasse de lait dans laquelle elle ajouterait 40 grammes de semences de citrouille pilées avec 20 grammes de sucre, et, dans la soirée, un lavement d'eau sucrée.

Sous l'influence de ces moyens, les lipothymies, les sensations insolites ressenties dans le bassin, ainsi que les envies de dormir, disparurent complétement; puis les forces revinrent progressivement, et avec elles le repos et la tranquillité d'esprit. Depuis cette époque aucun de ces symptômes n'a reparu.

Maintes fois il m'est arrivé, avec l'emploi des lavements d'eau sucrée seuls, d'obtenir les mêmes résultats, et si j'y ai ajouté la bouillie de semences de citrouille, c'était dans la crainte que des oxyures ne se fussent engagés dans l'estomac. D'ailleurs, cette médication était inoffensive et nullement dispendieuse.

Le second fait est plus intéressant.

Obs. II. *Attaque d'épilepsie provoquée par la présence d'oxyures. — Lavements d'eau sucrée. — Guérison. — Un an après, mydriase cédant à l'emploi du même remède. — Action anti-mydriatique du seigle ergoté.* — Le jeune X***, âgé de treize ans, grand prix du Conservatoire, me fut amené en novembre 1855, par son maître, M. M***. Ce jeune garçon, pendant une visite faite dans mon voisinage, venait d'avoir une attaque de convulsion épileptiforme pendant laquelle il s'était mordu la langue. Comme il avait joui jusque-là de la santé la plus florissante, maître et élève se montraient très-effrayés. Très-libre avec le jeune artiste, que j'ai vu grandir, je lui dis que je ne pouvais rapporter l'accident qu'il venait d'éprouver qu'à deux causes : une affection vermineuse, ou des excès de masturbation. Choisissez les vers, me répondit-il sans hésitation. Le seul symptôme qui me laissât soupçonner que cette cause pouvait être réelle, était la manifestation d'un peu de prurit anal, et encore le jeune malade ne précisait rien de bien net à cet égard.

Ici il m'importait de fixer davantage mon diagnostic. Ce jeune garçon, né en Pologne, a été élevé en France aux frais de l'empereur de Russie ; or, la révolution de février avait fait supprimer sa pension. Le rétablissement de l'ordre avait suggéré à son maître l'idée de l'envoyer reconquérir sa pension, et le grand prix qu'il venait de remporter au Conservatoire de musique lui était garant du succès. Son absence devait se prolonger plusieurs mois, et, pendant son séjour à Varsovie, il importait qu'il ne fût pas arrêté dans le cours des concerts qu'il devait y donner.

Un lavement d'eau sucrée froide, pris le soir même, permit de constater dans les matières expulsées l'existence d'oxyures, et, certain d'y remédier, je conseillai à M. M*** de poursuivre sa bonne pensée. Pendant les quelques jours que le jeune artiste passa encore à Paris, il répéta chaque soir l'usage de son lavement, et je lui prescrivis de continuer ultérieurement ce traitement.

Le voyage eut lieu, et fut couronné d'un très-brillant succès ; mais, au milieu des ovations, notre jeune homme oublia les soins que réclamait sa santé.

Une année après son retour ici, alors qu'il avait perdu jusqu'au

souvenir de l'accident qu'il avait éprouvé, il s'aperçut un jour que la vue de son œil droit était fort affaiblie. Un jeune camarade de classe devant lequel il se plaignait de la gêne qu'il éprouvait pour étudier, lui proposa de le guérir de suite, et, joignant l'action au conseil, lui projeta sur la cornée quelques gouttes d'huile essentielle fournies par la pression d'une écorce d'orange. L'emploi de ce moyen, renouvelé plusieurs fois par lui, ramena la vue à son jeu régulier. Six semaines plus tard, le même accident reparut et résista cette fois au premier remède. Force lui fut de me venir trouver. Je constatai une mydriase bornée à l'œil droit; l'ouverture pupillaire avait une étendue triple de celle de l'œil gauche, qui était normale.

Je n'hésitai pas à rapporter cette dilatation pupillaire à la reproduction des oxyures, et quelques démangeaisons à l'anus, accusées cette fois nettement par le malade, me confirmèrent dans cette opinion.

L'innocuité de l'affection symptomatique m'engagea, avant de revenir au moyen qui devait le guérir, à faire quelques essais thérapeutiques avec le seigle ergoté.

Parmi les phénomènes physiologiques produits par l'administration de cette substance, les auteurs ont noté le rétrécissement de l'ouverture pupillaire. Je songeai à profiter de l'occasion pour m'assurer de cette action, et, me fondant sur l'étroite sympathie des muqueuses nasale et oculaire, j'en confiai l'absorption à la cavité des narines. Je prescrivis donc 30 grammes de seigle ergoté réduit en poudre fine, et M. Mialhe eut l'obligeance de veiller à la bonne préparation de mon moyen anti-mydriatique. Je recommandai à mon jeune malade de priser sa poudre le plus souvent possible. Deux jours après, le jeune X*** vint me faire constater que mes prévisions s'étaient réalisées et que sa pupille était revenue à ses anciennes dimensions.

Depuis, j'ai profité plusieurs fois de cet enseignement pour dissiper plus rapidement la dilatation des pupilles provoquées par l'action de la belladone. Dans ces cas, l'action du seigle ergoté est un peu plus lente à se manifester. Cette propriété anti-mydriatique de l'ergot réduit en poudre et prisé, a été également signalée par d'autres expérimentateurs.

Un fait que je dois noter encore est le résultat de l'examen ophthalmoscopique auquel je me suis livré. Comme toutes les actions stimulantes sont les meilleurs moyens de traitement de la mydriase, je n'hésitai pas à profiter de la dilatation pupillaire pour examiner l'état des parties profondes de l'œil chez mon jeune malade. La nouveauté du moyen de diagnostic à cette époque m'incitait encore à cette étude. Je constatai une légère injection de la rétine, et plus spécialement un peu de turgescence des vaisseaux de la papille du nerf optique.

Mes expérimentations terminées, je fis reprendre à mon intéressant malade l'usage de ses lavements d'eau sucrée, qu'il continua pendant dix jours consécutifs. Aucun accident nouveau n'a reparu depuis cette époque.

Cette action si remarquable du sucre méritait d'être signalée, et l'expérience d'être répétée ; nos savants confrères, MM. Trousseau et Blache, ont bien voulu, sur ma prière, expérimenter le sucre à leur tour dans des cas semblables, et je suis autorisé à joindre leur témoignage au mien. Mais l'impuissance où je me trouvais d'expliquer le mode d'action de cet agent m'avait fait garder le silence. Depuis, notre distingué confrère M. Mandl, dans un travail lu à l'Académie des sciences, est venu nous donner l'explication du fait, en démontrant que le sucre tue tous les animaux qui vivent dans l'eau, par exosmose.

L'explication donnée par M. Mandl m'a fait entreprendre une autre série d'expériences pour détruire également les oxyures par un mode d'action analogue, mais en sens contraire, c'est-à-dire par endosmose; dans ce but, j'ai fait choix de la glycérine. Lorsqu'on place les oxyures dans ce liquide, ils gonflent et ne tardent pas à périr. La glycérine jouissant, d'ailleurs, de la propriété de calmer les démangeaisons de la peau, il est permis de supposer qu'elle peut avoir quelque effet semblable sur le prurit que fait naître la titillation des ascarides vermiculaires ; c'est donc un autre moyen, également inoffensif, dont on peut user contre ces parasites.

Il suit de ce qui précède qu'aux classes diverses des anthelminthiques on peut ajouter deux divisions : les vermicides *par exosmose*, le sucre, et les vermicides *par endosmose*, la glycérine. Ces agents ne sont sans doute pas les seules substances qui agissent de l'une ou de l'autre de ces manières, mais c'est ce que nous n'avons cherché à déterminer pour aucune.

L'expulsion des parasites constitue la partie principale de la thérapie de l'affection vermineuse, puisque, dès qu'ils ont été évacués, les accidents cessent. Mais tout n'est pas fini pourtant : il reste à prévenir leur reproduction, à combattre la diathèse, ainsi que l'auraient dit les anciens, et, pour être plus exact, à faire disparaître les causes diverses, organiques, physiologiques, hygiéniques, qui peuvent favoriser le développement des helminthes. Ces causes sont une alimentation mauvaise, mal réglée, trop aqueuse, trop exclusivement composée de fécules, de fruits, surtout crus, non arrivés à maturité, une assimilation insuffisante ou trop abondante, mais imparfaite, les habitations ou les climats froids et humides, certaines affections du tube digestif ou certaines conditions morbides, la convalescence des maladies de longue durée, etc., toutes choses qui reviennent, en dernière analyse, à ce défaut d'équilibre entre les forces assimilatrices et les qualités des aliments, que M. Cruveilhier,

dans son excellent article sur les entozoaires publié dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, regarde comme la cause la plus importante des affections vermineuses, cause prédisposante bien entendu, et sans laquelle les causes déterminantes resteraient sans effet.

Or, la notion de ces causes implique le traitement à suivre. Un régime diététique stimulant, analeptique, réparateur, composé de substances animales, de viandes faites, convenablement cuites, rôties ou grillées principalement, l'usage du vin, celui des vêtements de laine pour contrebalancer l'influence du froid et de l'humidité, l'exercice, tels sont les moyens principaux à employer dans ce but, pour lequel on voit que l'hygiène réclame une bonne part. Mais les effets en seront d'autant plus sûrs que l'usage de certains agents médicamenteux viendront seconder leur action et rendre à l'économie le ton nécessaire : ces agents appartiennent, on le comprend, à la classe des toniques ; ce sont les ferrugineux, l'huile de foie de morue, les amers, tels que le quinquina, le quassia, la gentiane, etc. Ce traitement secondaire, consécutif à l'expulsion des vers, préventif de leur retour, est d'autant plus urgent que les agents mis en œuvre jusque-là sont dépourvus d'action sur l'économie des malades, et n'en ont que sur leurs parasites.

Nous ne voulons pas terminer cette note sans protester à l'avance contre la pensée qu'on pourrait nous prêter de vouloir substituer l'usage des médicaments dont il vient d'être question, et notamment des semences de citrouille, aux autres agents éprouvés de la thérapeutique. Il n'en est rien. Notre médication vermifuge de prédilection est un mélange à parties égales de santonine et de calomel. Nous n'avons recours aux graines du *pepo* que dans les cas exceptionnels où l'emploi des autres agents serait contre-indiqué par l'état du tube digestif, ou chez les enfants délicats, et, enfin, en raison de l'innocuité parfaite de ce remède, dans les circonstances où l'existence de l'affection vermineuse n'est que soupçonnée, non certaine. Dans la pratique, il faut tenir compte de tout. M. Blache nous en fournissait dernièrement encore un exemple.

Notre éminent confrère est appelé dans une des plus grandes familles du faubourg Saint-Germain, pour traiter un jeune enfant affecté d'une diarrhée rebelle, provoquée par l'abus des vermifuges. Vous croyez que, l'enfant guéri, les parents, éclairés par les résultats de cette lutte à outrance contre de prétendus parasites, vont se tenir tranquilles. Il n'en fut rien. Après la guérison de la diarrhée, l'enfant, étant bien remis des suites de cette maladie, ils deman-

dèrent avec insistance que la médication vermifuge fût reprise. Redoutant de voir reparaître les mêmes accidents, s'il cédait à cette prière indiscrète, et ne pouvant toutefois refuser d'y faire droit, M. Blache se rappelle alors notre prière d'expérimenter les semences de citrouille, et dit aux parents qu'il va prescrire une substance très-efficace, qui a l'avantage d'agir non-seulement sur les lombrics, mais même sur le ver solitaire. La famille accepte avec reconnaissance, car le grand-père a été atteint de cette dernière affection, et ce pourrait bien être un ver de semblable nature qui existât chez l'enfant. Pendant trois jours de suite, celui-ci prit une émulsion préparée avec 30 grammes de semences de citrouille, et, comme il n'a rien rendu, l'on est convaincu qu'il n'a pas de vers et on le laisse tranquille.

Les moyens que nous recommandons n'eussent-ils qu'un tel résultat, celui de permettre aux praticiens d'éviter, quand ils le jugent convenable, l'administration de vermifuges plus actifs, nous croirions encore avoir rendu service en publiant cette note.

DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Médication topique des affections du vagin et du col de la matrice.

Par M. le docteur DUCLOS (de Tours), médecin de l'hôpital Saint-Gatien.

Je ne connais pas de maladies qui se rencontrent plus fréquemment dans la pratique que celles du vagin ou du col de l'utérus. Soit qu'en réalité leur nombre ait augmenté, soit que plus et mieux étudiées, on les reconnaisse aujourd'hui là où autrefois on ne les soupçonnait même pas, toujours est-il qu'elles sont de celles que le praticien observe le plus communément.

J'avais déjà entrevu ce fait il y a bientôt vingt ans, lorsqu'à l'hôpital Necker, le professeur Trousseau réunissait un grand nombre d'affections utérines dans le but d'expérimenter la cautérisation du col par le fer rouge, moyen souvent héroïque que le professeur Jobert (de Lamballe) venait de mettre en honneur. Depuis lors, ma pratique personnelle, déjà longue, m'a montré dans combien de circonstances c'est du côté de l'utérus qu'il convient de rechercher la cause d'états quelquefois singulièrement insolites et inexplicables.

Les considérations que je me propose d'aborder dans cette petite note ont donc pour base et pour base exclusive l'expérience clinique.

On sait qu'en général les affections du vagin et du col qu'on rencontre le plus souvent dans la pratique sont, en dehors des maladies de nature spécifique : 1° le catarrhe vaginal ou utérin, qui se traduit par la leucorrhée ; 2° l'érythème, avec ou sans gonflement du col ; 3° les érosions du col ; 4° les ulcérations ; 5° les granulations.

Incontestablement, le cadre nosologique comprend une bien autre variété de maladies ; mais, ce que j'ai à dire n'a trait qu'à celles dont je viens de faire l'énumération, et, comme elles sont évidemment de toutes les plus fréquentes, elles répondent ainsi à l'esprit éminemment pratique de ce travail.

Or, examinons sommairement où en est la médication habituelle de ces divers états morbides, et j'entends ici non la médication générale, mais le traitement topique, local.

Et d'abord la leucorrhée.

Une femme est prise de leucorrhée simple, non spécifique, en dehors même de conditions générales sérieuses comme la chlorose. Elle a un catarrhe vaginal au même titre que d'autres un enchifrènement chronique. On prescrit des injections, le plus souvent des injections astringentes, quelquefois substitutives. L'injection est faite plus ou moins régulièrement. Habituellement elle diminue le mal. La malade se relâche un peu de l'emploi d'un moyen dont les résultats sont incomplets : plus tard même elle l'abandonne complétement. Le mal persiste, et la malade se borne à parer par de simples lotions aux inconvénients momentanés, temporaires de la maladie. Qu'y a-t-il eu dans tout cela ? Une médication in suffisante, insuffisamment faite.

Poursuivons :

Vous constatez au spéculum un érythème du col utérin. Vous conseillez, suivant la cause à laquelle vous l'attribuez, telle ou telle médication générale, puis des injections, toujours des injections, soit émollientes, si l'état a encore quelque acuité, soit plus actives, si l'état semble tout à fait chronique, l'eau de Baréges, le sulfate de zinc, le tannin, le nitrate d'argent à très-faible dose. Ici encore la médication est souvent, très-souvent interrompue. La malade souffre peu. Elle est peu disposée à faire les injections régulières, et lorsqu'après un certain temps vous cherchez à reconnaître, à l'aide du spéculum, le résultat de la médication, souvent, le plus souvent vous constatez que le médicament n'atteignait presque jamais la partie malade. — Ici donc encore médication insuffisante faite sans persévérance.

S'agit-il d'une érosion du col : les difficultés sont presque aussi grandes, et ici je fais appel au souvenir de tous les praticiens qui

observent fréquemment des affections de la matrice. Les moyens auxquels on a le plus souvent recours sont ou l'application de sous-nitrate de bismuth, ou le pansement avec quelque pommade, soit à l'acétate de plomb, soit au calomel, c'est-à-dire dans tous les cas de fréquentes introductions du spéculum pour pratiquer le pansement. Si vous voulez un traitement sérieusement fait, et qu'il s'agisse d'applications de bismuth ou de pommades, cette application doit être quotidienne, et il est très-important de noter que la pommade, fort peu de temps après son application, ne recouvre déjà plus la surface malade ; qu'elle est descendue dans le vagin, qu'elle y coule même et souvent jusqu'au dehors des grandes lèvres sur le linge. Ici donc, médication difficile, assujettissante, incomplète en ce qu'on ne peut pas garantir que le remède restera appliqué sur le mal.

Avez-vous affaire à une ulcération du col ; les inconvénients sont les mêmes. Vous cautérisez avec tel ou tel caustique, le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure, suivant l'étendue et surtout la profondeur de l'ulcération. — Puis vous prescrivez des injections. Tout cela est raisonnable sans aucun doute; mais combien tout cela est insuffisant ! Quel est le chirurgien qui oserait appliquer à une ulcération de la jambe ou du bras un pansement aussi incomplet ? Cette plaie du col utérin, ravivée par le caustique, demeure là sans aucune protection. Elle reste, surtout par la marche, par tous les déplacements du corps, exposée à tous les frottements des parois vaginales, et ces frottements sont à peu près inévitables si, comme cela arrive communément, l'ulcération du col coïncide avec une antéversion ou une rétroversion. Ici donc encore l'indication thérapeutique n'a pas été remplie, et elle ne l'a pas été parce que la plaie, après un simple pansement, a été abandonnée à elle-même, que le pansement n'y a pas été permanent. De plus, vous retombez dans la difficulté de faire accepter de fréquentes applications du spéculum, applications d'ailleurs qui, répétées, ne sont vraiment pas absolument exemptes d'inconvénients.

Restent enfin les granulations, et je dois dire tout d'abord que de toutes les maladies dont il est question ici, les granulations sont les seules dans lesquelles la médication ordinaire me semble offrir le moins d'inconvénients. Cette médication consiste, comme on le sait, dans des cautérisations, et quand elle est bien faite, par une main suffisamment exercée, des cautérisations limitées aux points granuleux. Il est évident qu'ici, en dehors de l'ennui des fréquentes applications du spéculum, la cautérisation n'a aucun inconvénient

sérieux. Il n'y a ni plaie à protéger, ni pansement permanent à établir. C'est une simple répression, une destruction d'un bourgeon charnu. Une observation toutefois doit être faite. Rarement les granulations du col se rencontrent sans être accompagnées de quelqu'une des autres conditions morbides que nous venons d'indiquer. La granulation vient plutôt en général se surajouter à un autre état pathologique, et alors elle tombe sous le coup des réflexions que nous avons exposées.

On le voit donc par les observations qui précèdent, la médication habituelle des affections les plus communes du vagin et du col utérin présente un assez bon nombre de véritables inconvénients :

Ces inconvénients, nous les résumerons en quelques lignes :

1° S'agit-il d'injections, le remède n'atteint souvent pas le mal.

2° S'agit-il d'applications médicamenteuses à l'aide du spéculum, le médicament reste à peine quelque temps sur la surface malade. Il coule dans le vagin et souvent au dehors. De plus, la partie malade et à laquelle un pansement vient d'être fait, continue d'être irritée par des frottements incessants sur la paroi vaginale.

3° S'agit-il d'applications caustiques, l'effet de ce pansement est bientôt détruit ou tout au moins diminué par l'absence d'aucun moyen de protection pour la plaie.

4° Quelque soit le mal, de fréquentes introductions du spéculum sont nécessaires, moyen pénible, souvent odieux aux malades.

5° Enfin, dans tous les cas encore, le repos et souvent le repos sur une chaise longue ou sur un lit est considéré comme une partie, comme la base même de la médication. — Or, combien de fois cette nécessité du repos a-t-elle été l'obstacle à ce qu'une malade se soumît à la médication ? Combien de raisons, en dehors sans doute de la médecine, mais de raisons impérieuses, indiscutables, les obligations de la famille, les nécessités morales ou matérielles de la vie, ne s'opposent-elles pas souvent à ce que la malade suspende ou supprime ses occupations? Tout médecin le sait, parce que tout médecin rencontre de pareils faits à chaque pas dans sa pratique.

Toutes ces considérations m'avaient frappé depuis longtemps. En voyant une médication difficile à proposer, et il faut bien le reconnaître, difficile à accepter, insuffisante, incomplète, incertaine, jetant du dérangement dans l'ordre de la vie habituelle des malades, je m'étais dit qu'il devait y avoir mieux à faire. — Puis, recherchant les conditions auxquelles devrait satisfaire une médication convenable, je m'étais dit qu'il faudrait un traitement facile à faire soi-même, n'exigeant pas l'intervention, disons le mot, la manipu-

lation incessante du médecin, et n'obligeant pas la malade à tout quitter pour se mettre au repos.

C'était bien là tout le problème à résoudre, et j'en comprenais toutes les difficultés.

Quelques données me mirent sur la voie :

Il y a déjà longues années, Bretonneau avait imaginé dans les affections douloureuses de la matrice, et aussi dans certains cas de dysménorrhée, de porter sur le col utérin de l'extrait de belladone. Pour cela, il aplatissait à l'extrémité du doigt médius une petite quantité de cet extrait, et il en formait une sorte de calotte avec laquelle il coiffait en quelque sorte le col de la matrice. La malade, après quelques jours, faisait elle-même ce pansement, en s'accroupissant de manière que le col utérin se rapprochât davantage de la vulve. Il était évident qu'au lieu de se borner, comme Bretonneau à la belladone, médicament pour lequel il avait une si facile tendresse, on pouvait recourir à bien d'autres agents médicamenteux.

Je savais aussi que beaucoup de malades étaient soumises, pour toute médication, à des applications de sachets renfermant, selon toute apparence, de la farine de lin et diverses substances pulvérulentes, comme le quinquina ou la ratanhia.

Au moment même où se poursuivaient mes recherches, les recueils de médecine enregistraient fréquemment des travaux relatifs à la même question, et je voyais la leucorrhée, la vaginite être avantageusement combattues par des applications de coton cardé imbibé soit de solution nitrique d'argent, soit de sulfate de zinc ou de cuivre, soit de glycérolé au tannin.

Ces diverses considérations m'eurent bientôt fixé, et je résolus dès lors de recourir à des applications permanentes du médicament, dans les conditions pathologiques où le col utérin me semblerait l'exiger.

Le seul moyen praticable de le faire était l'emploi des sachets. Je me décidai donc à y recourir. Rien n'est plus simple, rien plus facile que cette médication.

On fait, en mousseline grossière, des sachets en forme de doigts de gants, dont l'entrée se ferme au moyen d'une coulisse et d'un fil. Le sachet rempli de la substance médicamenteuse est fermé au moyen de ce fil, qu'on laisse long de dix centimètres environ, afin qu'il puisse servir à retirer le sachet du vagin lorsqu'il sera nécessaire de le faire.

Quand le sachet est rempli de la poudre médicamenteuse, on le

baigne quelques instants dans un peu d'eau, très-peu d'eau, précaution qui a pour but de le rendre plus glissant, donc plus facile à introduire dans le vagin ; puis la malade, si elle est debout, s'accroupit, si elle est couchée, écarte les cuisses et lève les genoux, pour pratiquer elle-même cette introduction du sachet médicamenteux.

Le sachet, introduit le matin, est retiré le soir, et il est d'autant plus facile à retirer qu'il est fermé par un fil laissé pendant ; puis un autre est appliqué, avec ou sans injection préalable d'eau tiède, suivant que la propreté le réclame ou non. On le voit : il est impossible d'imaginer médication d'un plus facile emploi, et je dois ajouter que le sachet se gonflant un peu et s'adaptant, en raison de sa mollesse, à tous les détails de la disposition du vagin, la malade n'est jamais exposée à ce qu'il sorte et vienne tomber à un moment inattendu.

J'ai eu recours un bon nombre de fois à cette médication, et les substances dont je me suis servi ont été singulièrement variées. En général pourtant il semble convenable de donner pour excipient à presque toutes la farine de lin, et cela semble plus convenable pour plusieurs raisons : la première est que tous les états mauvais de la matrice et du vagin s'accompagnant presque toujours de plus ou moins de phlegmasie chronique, s'accommodent bien de la farine de lin ; la seconde que cette farine, étant onctueuse, retient mieux les substances médicamenteuses auxquelles on la mélange ; la dernière enfin que ces substances, étant presque toujours des médicaments d'une sérieuse activité, ne peuvent pas être employées seules, et doivent être mélangées à quelque autre plus inerte, au moins relativement.

On peut mélanger la farine de lin à tous ou presque tous les produits pharmaceutiques dans les sachets médicamenteux. Ceux auxquels j'ai eu le plus souvent recours ont été : le quinquina gris ; — la ratanhia ; — le sous-nitrate de bismuth ; — le borax ; — l'alun ; — le calomel ; — la belladone ; — l'opium brut. — Je me bornerai à indiquer rapidement dans quels cas particuliers telle substance m'a paru devoir être préférée aux autres (1).

(1) A l'exemple de notre collaborateur, nous nous sommes beaucoup occupé de l'étude de cette médication topique; témoins nos articles sur les pessaires médicamenteux. De toutes les formes expérimentées, la plus commode est celle qui nous a été livrée par la pharmacie Dorvault. Ce sont deux enveloppes gélatineuses s'emboîtant l'une dans l'autre, de façon à constituer un pessaire ovoïde, légèrement aplati, afin d'être introduit plus facilement dans le vagin. Ces

On comprend d'ailleurs facilement combien peut et doit varier la proportion relative des diverses substances associées à la farine de lin. Chez telle malade une dose même faible de ratanhia, de bismuth, de calomel, d'alun ou de belladone produira des effets plus notables que, chez telle autre, des doses infiniment plus élevées. Telle condition pathologique exige même des variations fréquentes dans la détermination de ces préparations pharmaceutiques. Il y a là des dispositions individuelles dont il faut savoir tenir compte, et, comme dans toute médication, de l'art à faire.

En général, la leucorrhée simple, sans aucune érosion du col, m'a paru céder à l'emploi continué suffisamment des sachets à la farine de lin, mêlée soit de quinquina, soit de ratanhia.

A l'état phlegmasique du col, j'opposais d'abord le simple sachet à la farine de lin, puis le sachet avec le sous-nitrate de bismuth soit seul, soit associé à de petites quantités de calomel.

Aux érosions du col, le sachet avec le bismuth d'abord, et très-rapidement avec le calomel.

Aux ulcérations enfin, le sachet avec le calomel, puis rapidement le borax et l'alun.

Quand tous ces états pathologiques ne s'accompagnaient que de peu ou pas de douleur, tout se réduisait à cette association de la farine de lin aux diverses substances que je viens d'énumérer; mais quand les douleurs étaient vives, même en l'absence de toute érosion, de toute ulcération, je recourais avec un très-grand avantage à l'emploi de sachets contenant, avec la farine de lin, soit de la poudre de racine de belladone, soit de l'opium brut.

Dans quelle mesure cette médication donne-t-elle de bons résultats? En quoi est-elle préférable aux autres, et dans quels cas? Combien de temps enfin faut-il la continuer pour obtenir un résultat vraiment sérieux?

---

enveloppes, formées de gélatine rendue plus souple et plus soluble par l'addition d'un peu de glycérine, sont remplies avec une poudre inerte, telle que la farine de riz, la fécule de pommes de terre, l'amidon, et, mieux encore, avec le sous-carbonate de magnésie qui ne présente pas l'inconvénient, comme les substances ci-dessus et la farine employée par notre savant confrère, de se mêler avec les sécrétions vaginales et de former un magma dont les injections répétées ont de la peine à débarrasser les femmes.

Le praticien fait ajouter à la poudre de magnésie, suivant les indications, celle des agents thérapeutiques destinés à modifier les tissus affectés. L'enveloppe gélatineuse est dissoute une demi-heure après l'introduction du pessaire, et la poudre médicamenteuse se met alors en contact avec les parois vaginales.

(*Note du Rédacteur en chef.*)

On comprend que j'ai dû me préoccuper de toutes ces questions et me les poser. Or, voici ce que je puis dire :

En général, la leucorrhée cède assez rapidement à l'emploi des sachets médicamenteux ; mais si les sachets sont supprimés brusquement, il est à craindre qu'elle ne se reproduise dans une certaine mesure. Il est donc raisonnable de diminuer progressivement l'emploi des sachets, de les réduire à un seul par jour, puis tous les deux jours, tous les trois jours, et en éloignant ainsi progressivement.

Il en est de même de la phlegmasie chronique du col ; elle guérit, elle guérit bien, mais à la condition d'une certaine persévérance dans la médication.

De même aussi des érosions, de même des ulcérations. Quant aux granulations, je dois dire que cette médication ne m'a pas donné de résultats satisfaisants, et cet insuccès m'a paru tenir à plusieurs causes. La première est que la granulation étant un produit pathologique à détruire, exige un moyen plus puissant que le médicament qui lui était porté à travers une mousseline et mélangé à la farine de lin ; la seconde est que les granulations du col ne sont le plus souvent que l'expression locale d'une diathèse générale qui exige l'emploi d'une médication également générale. Je ne crois donc pas que le praticien puisse se promettre aucun résultat avantageux des sachets médicamenteux, dans cette condition pathologique spéciale.

J'ajouterai qu'en présence d'une ulcération profonde, un peu large, sur un col trop volumineux, évidemment engorgé de mauvais produits phlegmasiques, je ne conseillerais pas davantage l'emploi des sachets médicamenteux, mais bien de vigoureuses applications caustiques, et préférablement encore l'emploi réitéré du fer rouge.

On voit par ce qui précède à quelles conditions il convient de limiter l'emploi des sachets médicamenteux. Ces conditions sont : la leucorrhée, la phlegmasie chronique du col utérin, les érosions et les ulcérations superficielles. Celles, au contraire, dans lesquelles il convient de les exclure, sont les granulations et les ulcérations un peu profondes, surtout avec développement hypertrophique du col utérin.

En quoi donc, dès lors, cette médication mérite-t-elle de fixer l'attention des praticiens ?

Il m'a semblé qu'elle en était digne pour plusieurs causes. D'abord, elle est véritablement d'une remarquable efficacité quand elle est bien employée et dans les circonstances spéciales que j'ai indi-

quées, et, à ce titre, elle est vraiment mille fois préférable aux injections, dont on ne peut vraiment pas nier la très-fréquente et très-regrettable inefficacité. En second lieu, elle est d'un emploi facile, à la disposition de la malade elle-même, sans intervention habituelle du médecin, circonstance qui lui donne, dans un nombre de cas vraiment considérable, un très-réel avantage, et surtout chez les personnes à qui leur séjour habituel à la campagne interdit la possibilité des soins fréquents du médecin ; et, à ce titre, elle a vraiment une supériorité marquée sur toutes les médications qui réclament de fréquentes applications du spéculum.

J'ai pesé toutes ces considérations, je les ai jugées dans un esprit éminemment pratique, et c'est après un mûr examen que je suis arrivé aux conclusions suivantes, qui terminent ce petit travail :

1° La leucorrhée, les phlegmasies subaiguës du col utérin, les érosions et les ulcérations superficielles cèdent, en général, à l'emploi bien dirigé des sachets médicamenteux ;

2° Cette médication a sur les injections l'avantage d'être plus vraie, plus sérieuse, plus efficace, en ce que le remède est porté et maintenu en permanence sur la partie malade ; elle a de plus, sur les autres moyens qui exigent l'emploi fréquent du spéculum, que précisément elle dispense de cet emploi ;

3° Enfin, elle m'a paru être d'une parfaite inefficacité dans les cas de granulations ou d'ulcération un peu profonde, mais surtout accompagnés de développement un peu notable et pathologique du col utérin.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Note sur une émulsion ténifuge.

Il n'est pas de classe de médicaments qui se soit autant accrue, pendant ces vingt dernières années, que celles des agents ténifuges. Nous avons vu successivement s'introduire dans nos traités de matière médicale le kousso, le tatzé, le saoria, le mussenna, et l'on est loin d'avoir encore épuisé la liste des ténifuges réels que pouvait nous fournir l'Abyssinie. Il semble que ce soit pour ces pays qu'ait été faite cette sentence « que la Providence a toujours placé le remède à côté du mal. » S'il n'est pas d'habitant de l'Abyssinie qui ne soit affecté du ténia, il n'est pas non plus de contrée aussi riche en moyens capables de détruire ces parasites.

Mais, si la thérapeutique s'est enrichie de substances exotiques d'une valeur incontestable, elle n'a pas moins profité de l'étude des agents ténifuges fournis par notre flore indigène, qui étaient tombés dans un injuste et regrettable oubli. Ainsi, des expériences nombreuses ont prouvé aujourd'hui que la fougère mâle, l'écorce de racine de grenadier et les semences de citrouille ne sont pas des remèdes moins efficaces.

Il nous serait facile, si l'espace nous le permettait, de prouver que le kousso n'a pas été l'acquisition la plus précieuse que nous pouvions faire, du moment où l'on allait puiser dans la flore abyssinienne. Les voyageurs s'en sont laissé imposer par les usages de ces contrées. Le kousso est, en effet, l'agent thérapeutique le plus employé par les Persans, mais précisément par un motif inverse de celui qui nous a portés à l'accepter, parce qu'il ne détruit pas le ver, mais en expulse seulement une certaine quantité. En Perse, être affecté du ténia est une marque de noblesse; or, comme la vanité de l'homme reste la même partout, on respecte le parasite, tant que sa présence ne provoque pas trop d'accidents. Lorsque ces accidents forcent les habitants à faire un traitement curatif, ils ont recours à l'écorce du mussenna. D'un autre côté, comme ce dernier ténicide n'amène jamais aucun des accidents souvent provoqués par le kousso (fatigue de l'estomac, nausées, vomissements, sans parler de la saveur désagréable qui le fait repousser par beaucoup de malades), nous serions autorisé à dire que les voyageurs ne nous ont pas apporté le présent le plus précieux qu'ils pouvaient nous faire.

Pour nous, qui sommes de ceux qui croient qu'il y a plus de sagesse à faire choix des agents placés sous la main du malade qu'à les aller chercher bien loin, surtout en ce qui concerne les substances empruntées au règne végétal, lorsque nous avons expérimenté les ténifuges exotiques, cela a été seulement à titre d'essai, afin d'en contrôler la valeur ; mais, dans notre pratique courante, nous faisons un emploi exclusif des ténifuges indigènes, et jamais ils n'ont échoué dans nos mains. La cause de ces succès constants ne repose pas seulement sur le choix de l'agent médicamenteux et son mode de préparation, mais encore et surtout sur la question de dose.

Notre ténifuge de prédilection est l'extrait oléo-résineux de fougère mâle, préparé selon le mode indiqué par Peschier (de Genève) ; mais, au lieu de le donner à la dose de 10 à 15 grains, comme le faisait le docteur Peschier, frère du pharmacien, au début de ses essais, nous ne le prescrivons jamais à une dose moindre de 4 grammes, et le plus souvent nous la doublons.

Nous ne sommes pas cependant ennemi du progrès, et l'acceptons surtout lorsqu'il s'accomplit dans notre voie. Ainsi, depuis que les faits si nombreux de succès sont venus mettre hors de doute les propriétés ténifuges des semences de citrouille, nous associons les deux médicaments et les administrons sous forme d'émulsion. En voici la formule :

Pr. Semences mondées de citrouille........	40 grammes.
Sucre....................................	30 grammes.
Eau......................................	150 grammes.
Extrait oléo-résineux de fougère mâle....	4 à 8 grammes.

Pilez les semences dans un mortier de marbre avec le quart du sucre, versez environ 15 grammes d'eau, et, lorsque vous avez obtenu une pâte homogène, ajoutez la dose d'extrait de fougère, étendez ensuite avec le reste du véhicule.

Cette émulsion ne doit pas être passée à l'étamine et, lorsque la préparation est bien faite, c'est-à-dire que les semences ont été bien pilées, le malade la prend sans aucune difficulté.

Cette potion est prise le matin à jeun, en quatre fois, à un quart d'heure d'intervalle. La seule précaution à recommander est d'agiter la bouteille chaque fois qu'on doit s'en servir.

Généralement nous ne préparons pas les malades et nous nous bornons à leur recommander de dîner la veille avec un potage au lait seulement. De même, lorsque les individus ne sont pas constipés, nous les affranchissons du purgatif qu'on est dans l'habitude de leur faire prendre deux heures après l'administration du ténifuge. Quand nous devons y avoir recours, nous ne prescrivons que de très-petites doses d'huile de ricin, car ce médicament est administré à titre de laxatif et non de vermifuge ; 15 à 20 grammes suffisent.

Nous avons encore récemment guéri, sans l'emploi de l'huile de ricin, le fils de l'un des professeurs de la Faculté de médecine, dont le ténia avait résisté à l'administration du kousso.

Une dernière remarque pour terminer. Pendant que nous faisons venir à grands frais de l'Orient nos ténifuges, les Orientaux nous empruntent nos enseignements. Ainsi, récemment M. le docteur Schnepf, médecin sanitaire à Alexandrie, nous apprenait, à M. Davaine et à moi, qu'il avait prescrit plus de cinquante fois les semences de citrouille dans des cas de ténia. Du reste, l'emploi de ce remède en Orient pourrait bien être l'effet d'une tradition, car une grande dame croate, qui venait consulter M. Trousseau pour son petit garçon, âgé de sept ans, affecté du ver solitaire, lui racontait qu'on s'était offert dans son pays de guérir son enfant avec un

remède de bonne femme, les semences de citrouille, mais qu'elle avait refusé. M. Trousseau lui a prescrit l'extrait de fougère, car il partage notre avis et emploie de préférence les ténifuges indigènes.

DEBOUT.

Formule d'un glycérolé de sous-nitrate de bismuth.

L'usage des glycérolés commence à se répandre dans la pratique de nos hôpitaux. En attendant que vienne le moment de discuter utilement les indications spéciales de l'emploi de chacune des formes solides ou liquides de ces préparations, nous continuons à enregistrer les nouvelles formules, ainsi que les résultats fournis par les essais cliniques. Dans nos jugements sur la valeur des médicaments, nous n'admettons qu'un criterium : l'expérience.

Le sous-nitrate de bismuth est un des sels qui, des premiers, devait être associé à la glycérine, car un des résultats le plus constant de son action topique, l'action sédative, lui est commun avec le principe doux des huiles. Voici la formule :

PR. Sous-nitrate de bismuth............. 1 à 3 parties.
Glycérine purifiée.................... 3 parties.

Réduire le sel de bismuth en poudre impalpable et l'incorporer par fractions à la glycérine. C'est un simple mélange qui a besoin d'être agité chaque fois qu'on s'en sert.

Quand la lésion existe à la surface du tégument, on applique ce glycérolé à l'aide d'un pinceau de blaireau. Si, au contraire, la maladie exige qu'on l'introduise à l'intérieur de l'un des canaux naturels, le vagin, le rectum, on se sert du doigt, ou l'on imbibe des tampons de charpie de ce mélange. On ne doit pas oublier de jeter une anse de fil sur ces tampons, afin de les retirer plus facilement.

On renouvelle ces pansements deux fois par jour, le matin et le soir, après avoir débarrassé les parties, à l'aide de lavages à l'eau tiède, des restes de ces applications.

M. Follin, à la Salpêtrière, emploie ce mélange, fait à parties égales des deux substances, dans certaines maladies des yeux : les blépharites ciliaires et glanduleuses, les conjonctivites granuleuses à marche chronique.

Nous avons recours à la même préparation, et avec non moins de succès, dans le traitement des eczémas des régions axillaire, vulvaire, anale, ainsi que celui des gerçures et crevasses des lèvres, du mamelon et des mains.

M. le professeur Trousseau prescrit aussi le même mélange, mais

avec une seule partie de bismuth, pour combattre les fissures à l'anus qui résistent à l'action des lavements d'extrait de ratanhia. D.

Du blanchiment des amandes douces ou amères; question d'hygiène.

Un confiseur nous a posé cette question : « L'emploi de l'acide sulfurique du commerce pour blanchir les amandes douces ou amères, c'est-à-dire leur enlever la pellicule folliacée qui les recouvre, peut-il être considéré comme une infraction aux règles de l'hygiène et poursuivi comme tel ? » D'après les essais que nous avons faits à ce sujet, nous avons répondu oui, si les amandes ainsi mondées sont destinées à entrer dans les pâtisseries appelées *petit four*, ou à fournir l'huile dont on se sert en pharmacie.

On sait que les acides minéraux mis en contact avec des substances organiques les décomposent très-promptement. Quelques négociants ont pensé, dans un but d'économie de temps et de combustible, pouvoir recourir à l'acide sulfurique pour monder les amandes qu'ils emploient en grande quantité dans leur industrie. Ils procèdent de la manière suivante :

On met dans un vase en faïence ou en terre vernissée des amandes douces ou amères. On verse dessus de l'acide sulfurique concentré en suffisante quantité pour les baigner ; après dix minutes de contact, on décante l'acide, qui peut servir encore plusieurs fois ; on jette les amandes dans un vase plein d'eau froide, on brasse quelques instants, ou rejette cette eau comme inutile, on en remet de nouvelle, puis avec les mains on malaxe les amandes, en les comprimant légèrement entre les doigts, et de manière à en détacher la pellicule non décomposée. Les amandes ainsi blanchies sont lavées avec de l'eau froide ; si, malgré cette lotion, elles conservent encore une saveur acide, on les fait tremper quelques secondes dans de l'eau contenant en dissolution une petite quantité de sous-carbonate de soude ou de potasse.

Y a-t-il économie de temps à monder les amandes en les soumettant à l'action corrosive d'un acide ? Oui. Y a-t-il économie, pour obtenir ce blanchiment, à user de l'acide sulfurique plutôt que l'eau bouillante ? Non ; car nous estimons qu'il en coûte moins de combustible pour amener de l'eau à l'état d'ébullition qui doit servir à monder les amandes qu'à employer de l'acide sulfurique, pût-il servir plusieurs fois. C'est également l'avis d'un homme savant et habile dans l'art de préparer les parfums. Il y a huit ans ce négo-

ciant avait fait l'essai de l'acide sulfurique pour monder ces semences, car il en emploie chaque jour de 50 à 60 kilogrammes pour en extraire l'huile et obtenir le tourteau pour faire sa pâte d'amandes destinée à la toilette. Il a reconnu que le meilleur moyen d'obtenir le blanchiment des amandes est la vapeur. Voici comment il procède : il met les semences mondées de leurs enveloppes ligneuses dans un vase clos, il verse dessus de l'eau tiède, et fait traverser cette masse par un courant de vapeur d'eau bouillante. En quelques secondes il échaude de très-grandes quantités de semences, qu'il rafraîchit promptement en les jetant dans de l'eau froide.

Nous avons examiné des amandes qui ont été mondées par l'acide sulfurique. Lorsque l'opération a été bien conduite, il n'en résulte aucun inconvénient ; mais pour peu qu'on ait laissé le contact se prolonger quelques secondes de trop, l'agent dissolvant pénètre l'amande en réagissant d'une manière fâcheuse sur ses principes constituants, d'où il résulte que si l'on prépare avec ce produit un bonbon ou un gâteau, il ne tardera pas à rancir. L'huile même qu'on extrait de ces amandes n'est pas d'une bonne conservation. On a pensé également à décortiquer les semences de ricin au moyen de ce même procédé. Ce serait, nous en sommes persuadé, une très-mauvaise pratique.

L'épuration des huiles fines au moyen de l'acide sulfurique acquiert chaque jour une grande importance dans l'industrie. Nous ne la désapprouvons pas lorsqu'il s'agit de produits destinés à l'éclairage, mais nous la blâmons lorsque les huiles ainsi purifiées sont vendues pour l'alimentation.

Nous avons noté que l'acide sulfurique n'a pas sur toutes les amandes la même action dans un temps donné ; huit minutes de contact sont plus que suffisantes pour blanchir des amandes de l'année ; il en faut dix à douze pour des amandes de deux à trois ans. Or, il en résulte que si les amandes sont mélangées, leur blanchiment sera inégal. En voici la cause : les semences de l'année sont lisses, ont une pellicule mince, souple ; en vieillissant, elles perdent de leur eau de végétation, se dessèchent, se vident profondément ; l'acide dans ce cas met plus de temps à pénétrer la pellicule et à la désorganiser. On pourrait en quelque sorte se servir de ce moyen pour en reconnaître la vétusté, si déjà les amandes n'offraient pas un cachet distinctif pas leur aspect physique et leur cassure.

Stanislas MARTIN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De l'emploi du sirop de raifort iodé dans la bronchorrhée chronique et dans la scrofule.

On cherche toujours, et avec raison, des médicaments qui puissent remplacer l'huile de foie de morue, quand elle n'est pas tolérée par les malades. En effet, que l'huile de foie de morue, ou de squale, soit brune, blonde, ou blanche, qu'elle soit ou non épurée, additionnée ou non de certaines substances qui tendent à masquer son goût et son odeur, elle n'en est pas moins vomie ou très-mal supportée par certains sujets ; aussi le praticien est-il heureux d'avoir sous la main, dans ces cas, un médicament efficace qui remplace ces huiles ou qui soit, pour ainsi dire, complémentaire et adjuvant de la médication oléique. Le sirop de raifort iodé nous paraît répondre complétement à ce desideratum.

Déjà, depuis plusieurs années, nous nous en servons avec succès dans les diverses manifestations de la scrofule, telles qu'engorgements ganglionnaires cervicaux, impétigo de la face et du cuir chevelu, coryza chronique, etc. Nous devons à la vérité de dire qu'il ne nous a jamais fait défaut ; mais c'est surtout dans certaines affections des voies respiratoires, telles que bronchite chronique, avec expectoration considérable, que nous avons remarqué les améliorations les plus rapides et les plus durables.

Dans certaines bronchorrhées, les malades maigrissent à vue d'œil, affaiblis qu'ils sont par une sécrétion bronchique énorme ; ils perdent l'appétit, et toute l'économie s'étiole. C'est dans ces cas que l'administration quotidienne du sirop de raifort iodé, à la dose de trois ou quatre cuillerées à bouche, produit d'excellents effets. Au bout de sept à huit jours l'amélioration se manifeste, l'appétit renaît, les sueurs disparaissent, et la bronchorrhée, d'abord modifiée dans sa qualité et dans sa quantité, est généralement supprimée dans le courant du deuxième septénaire. La première modification que l'on voit s'accomplir a lieu dans la nature du liquide excrété : de purulente et de muco-purulente, la sécrétion devient muqueuse, puis elle diminue, et, si elle n'est pas entièrement supprimée, surtout chez les vieillards, elle devient insignifiante, et les malades n'expectorent plus que quelques glaires, le matin à leur réveil.

Le *Bulletin de Thérapeutique* s'est donné la mission de vulgariser l'usage des bons médicaments en précisant les indications de leur emploi ; c'est pour répondre à l'esprit de cette publication si

utile que nous conseillons l'essai du sirop de raifort iodé dans la bronchorrhée chronique, alors même que la maladie a résisté à l'action de l'huile de foie de morue.

Qu'on nous permette de citer à l'appui de notre manière de voir quelques-unes des observations que nous avons été à même de recueillir.

Obs. I. *Bronchite chronique tous les hivers. — Expectoration abondante. — Guérison.* — Aimée M***, quarante-huit ans, célibataire, n'a jamais été malade jusqu'à l'époque de la puberté : à dix-sept ans elle a été réglée, deux à trois jours par mois ; elle est d'une santé assez faible ; sans être jamais alitée, elle est souvent souffrante, et, à l'entrée de chaque hiver, elle est atteinte de bronchite, qui dure tout le temps de la mauvaise saison. A vingt-cinq ans, au commencement d'un hiver, elle fut affectée d'une bronchite très-intense, avec fièvre, anorexie ; on la fit vomir, on lui tira même un peu de sang. La convalescence fut longue, et elle toussa toute la mauvaise saison ; le matin à son réveil, elle était prise d'une quinte de toux qui durait de trois quarts d'heure à une heure, et qui se terminait toujours par une expectoration abondante. Elle maigrissait toujours beaucoup à la suite de ces flux bronchiques, et ce n'était qu'après un ou deux mois de beau temps qu'elle cessait de tousser et d'expectorer, et qu'elle reprenait des forces et de l'embonpoint.

Il y a quatre ans, Mlle M*** me consulta pour la première fois, en janvier 1858, pour la même affection. Elle n'est plus réglée depuis quatre ans, n'a jamais eu d'enfants, ni fait de fausses couches. Tous les matins et tous les soirs elle tousse et crache beaucoup ; quelquefois, dit-elle, elle expectore une demi-cuvette de crachats peu aérés, muco-purulents. A l'auscultation on entend des râles sibilants et ronflants dans toute la poitrine. Au niveau de la trachée les râles sont énormes, mais dans toute l'étendue du poumon les râles sibilants se font entendre ; le cœur n'a subi aucune altération ; un peu de souffle dans les carotides. La malade a beaucoup maigri, elle sue facilement, est un peu oppressée, et ne monte que très-difficilement les escaliers ; l'appétit a diminué, ainsi que les forces. Nous lui prescrivons le sirop de raifort iodé, à la dose de deux cuillerées le matin, et une cuillerée le soir avant le repas. Au bout de huit jours le mieux se déclare, la toux et l'expectoration ont sensiblement diminué, et à la fin d'un mois de cette médication, elle ne tousse plus du tout, les forces sont relevées, les sueurs et l'oppression ont disparu. L'hiver suivant, en 1859, elle fut prise des mêmes accidents, le même traitement fut institué, et le résultat fut identique. En 1860,

elle suivit d'elle-même ce traitement, qui lui réussit tout aussi bien. L'année 1861 se passa sans bronchite, et, cette année, j'ai revu cette malade, qui se porte très-bien et qui n'a pas encore été atteinte de sa bronchorrhée.

Obs. II. *Bronchorrhée considérable. — Emploi du sirop de raifort iodé. — Guérison.* — M. J. P***, garçon de recette, est sujet tous les hivers à des bronchites qui s'accompagnent de flux bronchique considérable. Sa profession, qui est très-fatigante, ne lui permet pas de prendre du repos, et, comme dans l'observation précédente, dès que l'expectoration devient abondante, ses forces diminuent.

M. P*** n'a jamais eu que cette bronchorrhée comme maladie; il est âgé de quarante-cinq ans. Comme il a un peu d'embonpoint et est obligé de faire de longues courses, d'un pas rapide, il est souvent pris de quintes de toux qui le fatiguent énormément et le forcent à s'arrêter. Il vient nous consulter en février 1860; il tousse déjà depuis un mois, sans modification aucune. Dans ses accès de toux, il expectore matin et soir très-abondamment. Nous lui ordonnons de l'huile de foie de morue, qui ne peut être supportée. L'huile de foie de morue lui cause des renvois et lui ôte l'appétit. Nous ordonnons alors le sirop de raifort iodé, et le malade supporte parfaitement ce médicament, à la dose de quatre cuillerées à bouche par jour. Au bout de six jours de ce traitement, il lui pousse sur le front et sur les épaules des pustules acnéiformes, qui sont les symptômes de l'effet du médicament et qui peuvent faire craindre l'intoxication iodique. Nous suspendons l'usage du sirop pendant cinq jours, après lesquels nous lui faisons reprendre son traitement. La bronchorrhée diminue; l'expectoration cesse, après avoir été muqueuse pendant sept ou huit jours de muco-purulente qu'elle était auparavant, et P***, en 1861, n'a pas eu de bronchite.

Obs. III. *Engorgement ganglionnaire cervical suppuré. — Ulcération de la peau chez un enfant de douze ans. — Emploi du sirop de raifort iodé. — Guérison.* — Le jeune P. B*** m'est conduit, en décembre 1859, pour une adénite cervicale suppurée. Plusieurs ganglions sont gros comme des œufs de pigeon, et la peau ulcérée a donné issue au pus. Le bord des ouvertures spontanées est bleuâtre, déchiqueté, et n'a aucune tendance à la cicatrisation. L'enfant a tous les attributs de la scrofule confirmée; roux, à peau blanche et fine; ses joues sont roses, couvertes de taches de rousseur; les lèvres sont grosses, tuméfiées, se gerçant par le moindre froid, et se fendillant facilement. Ces fissures labiales ne se cicatrisent que dans la

belle saison. L'enfant est dyspeptique, il déteste la viande et n'aime que le poisson, les pommes de terre et les crudités.

En l'examinant avec soin, on trouve plusieurs adénites à diverses phases de leur évolution. Le côté gauche du cou est le siége d'un chapelet de glandes suppurées et exulcérées. A droite, les ganglions cervicaux sont pris, mais non suppurés ; il en est de même des ganglions inguinaux du côté gauche.

L'enfant a fait usage de l'huile de foie de morue, mais l'emploi de ce médicament a toujours provoqué chez lui de la diarrhée. Le sirop de raifort iodé est employé. Les plaies sont pansées avec le vin aromatique. Ce sirop est employé pendant six mois avec quelques interruptions de sept à huit jours, et les ulcérations se cicatrisent. Nous continuons encore six mois, et les ganglions hypertrophiés, et qui auraient certainement suppuré si l'on n'avait pas fait de traitement interne, diminuent d'abord de volume et finissent par disparaître. Tous les trois mois, l'enfant prend pendant un mois le sirop de raifort, et, depuis ce temps, il a vu sa santé s'améliorer d'une manière remarquable, et la diathèse scrofuleuse s'arrêter.

Parmi une quinzaine de cas semblables qu'il nous a été permis d'observer, nous avons pris ces trois observations qui nous paraissent concluantes. L'huile de foie de morue avait été infructueusement employée et avait causé des troubles digestifs ; le sirop de raifort iodé a été parfaitement toléré et a guéri la maladie.

Nous n'avons pas la prétention d'en faire une panacée universelle. L'huile de foie de morue est et sera toujours un médicament précieux, mais elle n'est pas toujours supportée, et le médecin est bien heureux de trouver un médicament actif et qui la remplace avantageusement.

Nous plaçons le sirop de raifort iodé parmi les médicaments altérants et toniques, et nous croyons qu'il est appelé à rendre de grands services. M. Dorvault, en donnant la formule du sirop de raifort préparé à froid (*Officine*, 5e édit., p. 583 et 584), a fait faire un réel progrès à la thérapeutique ; et M. Grimault, son successeur, en remarquant que l'iode se dissolvait dans le suc des plantes antiscorbutiques et donnait lieu à une combinaison intime, insensible même à la réaction de l'amidon, a complété l'œuvre commencée par M. Dorvault. Il est probable que la rédaction du nouveau Codex tiendra compte du mérite de ces deux procédés qui se complètent l'un l'autre et qui font revivre une vieille et excellente préparation qui était tombée dans l'oubli. L'iode, au reste, est à l'état latent dans le sirop de raifort iodé, car il suffit d'ajouter quelques atomes

d'amidon et quelques gouttes d'acide azotique pour obtenir la réaction bleue caractéristique.

Que nos confrères expérimentent cette préparation, et nous sommes sûr qu'ils nous remercieront d'avoir appelé leur attention sur un médicament excellent, mais dont l'emploi n'est pas assez répandu.

D[r] A. Charrier,
ancien chef de clinique à la Faculté de Paris.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoires de médecine et de chirurgie pratiques, par M. le docteur Prosper Hullin, médecin en chef de l'hôpital Saint-Alexandre, de Mortagne (Vendée), lauréat, correspondant de l'Académie impériale de médecine, correspondant de la Société de médecine d'Angers, de la Société impériale académique de Nantes, honoré, en 1854, d'une mission officielle dans l'Aube pour y traiter le choléra, etc., accompagnés de quatre planches.

Lorsqu'un homme comme le docteur Hullin, qui porte le poids du jour de la pratique, vient frapper à notre porte pour nous offrir un livre qui est le produit pur de son expérience, nous l'accueillons toujours avec bonheur; et notre estime lui est immédiatement acquise, si, sous l'écrivain qui s'efforce d'élucider quelques points de la science, nous sentons l'homme qu'anime un sincère amour de l'humanité. A ce double titre, que l'ouvrage du laborieux médecin de Mortagne soit le bienvenu, et que la critique lui soit légère, car il s'agit ici bien moins de science spéculative que de science en action.

Nombreux et fort divers sont les sujets traités dans l'intéressant volume que nous avons en ce moment sous les yeux; c'est ainsi que l'auteur s'occupe tour à tour des polypes de l'utérus, du vagin et du rectum, des moyens d'extraire mécaniquement un enfant plus ou moins volumineux d'un bassin rétréci, de l'éclampsie, de la fracture du tibia et du péroné, de la vaccine, de la variole et des revaccinations, de la dysenterie épidémique, de l'angine couenneuse, du choléra épidémique, de l'influence thérapeutique du tannate de quinine, etc. L'auteur ne s'est pas préoccupé du soin de classer méthodiquement ces sujets divers, autant au moins qu'ils pouvaient se prêter à un ordre quelconque, et il a eu raison : cet ordre eût été un pur artifice qui n'eût en rien éclairé les matières qu'il avait à traiter. Je préfère de beaucoup ce désordre apparent qui traduit bien la mobilité de la pratique, à un ordre tout factice qui n'eût porté que sur les apparences. Il nous serait impossible,

dans cette courte notice, de suivre notre laborieux auteur dans les nombreuses discussions auxquelles il se livre sur la plupart des questions importantes qu'il traite successivement dans son ouvrage; et sur plus d'un point, nous aurions à signaler quelques lacunes, et à rectifier quelques idées non suffisamment mûries; mais nous ne voulons point nous placer à un point de vue plus élevé que celui auquel l'auteur a cru devoir se restreindre, et nous aimons mieux dire en peu de mots les questions principales sur lesquelles la pratique de M. le docteur Hullin lui a permis de faire des observations intéressantes.

Sous le nom de *croup*, il est évident que le laborieux médecin de Mortagne traite à la fois et de cette détermination morbide particulière et de l'angine couenneuse. Cette angine, même alors qu'elle conserve bien encore cette dénomination, est bien souvent un simple herpès guttural, qui, dans l'immense majorité des cas, n'a aucune espèce de gravité : il n'y a là ni tendance à envahir le larynx, la trachée, les bronches, ni source d'intoxication qui peut entraîner la mort en généralisant dans l'économie une influence incompatible avec la permanence de la vie. Bien que sur cette question, toujours si actuelle, il y ait, dans le livre de notre laborieux confrère, un peu de vague qui obscurcit nécessairement les conclusions de l'habile médecin de l'hôpital de Mortagne, il ne ressort pas moins des observations de l'auteur divers enseignements utiles à la pratique. Il en est de même du chapitre relatif à la dysenterie; nous aurions aimé que l'auteur eût demandé à l'anatomie pathologique les lumières qu'elle peut fournir sur cette question, et qui eussent éclairé utilement le diagnostic. Avec un tact médical qu'on ne trouve pas toujours dans les praticiens mêmes qui ont vu beaucoup, M. Hullin fait justement remarquer, à l'égard de l'épidémie dysentérique grave qu'il a eu occasion d'observer, que la thérapeutique, dans ce cas comme dans une foule d'autres, n'est point un lit de Procuste sur lequel on doive placer tous les malades indistinctement. Il y a sur ce point, dans le livre de notre habile confrère, quelques remarques judicieuses sur lesquelles nous appelons l'attention.

Le choléra, parmi les maladies diverses dont parle M. Hullin dans son livre, est encore une épidémie grave où il n'a pas laissé de faire quelques remarques qui ne sont pas sans valeur. En un mot, si ce n'est pas dans cet ouvrage, qui n'en a du reste nullement l'ambition, qu'on peut chercher la solution des questions qui y sont abordées, l'auteur, au moins, en esprit judicieux et consciencieux tout ensemble, se tient ferme dans la ligne d'observa-

tion pure qu'il s'est tracée, et ces mémoires seront lus avec plaisir et profit par tous les médecins qui n'estiment pas que le monde finisse là où leur vue s'arrête, et aiment à bénéficier de l'expérience des autres. Nous ne ferons qu'un reproche, en finissant, à M. le docteur Hullin, c'est d'avoir un peu multiplié dans son livre, tout de science, des certificats qui l'honorent sans doute, bien qu'en un style quelquefois peu correct : on dépose honorablement ces choses dans ses archives, mais on ne les imprime pas; il ne faut pas s'exposer à déshabituer les médecins du régime austère de l'ingratitude des hommes.

BULLETIN DES HOPITAUX.

De l'acupuncture multiple comme moyen d'obtenir l'adhérence entre les parois de l'abdomen et les kystes contenus dans le ventre. — M. Trousseau vient de faire à l'Académie une communication que nous croyons devoir placer sous les yeux de nos lecteurs.

« Vous connaissez tous, a dit le savant professeur, les procédés employés pour obtenir l'adhérence entre le feuillet du péritoine qui recouvre les parois de l'abdomen et les kystes qui s'observent si souvent dans le ventre. Les principaux sont ceux de Récamier, de Bégin et de M. Jobert. Récamier, vous le savez, détruisait la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les couches musculaires, par des applications successives de caustique, et, lorsqu'il était arrivé sur l'aponévrose abdominale et par conséquent au voisinage du péritoine, il ne faisait en quelque sorte qu'imbiber cette aponévrose avec un caustique légèrement appliqué. Il provoquait ainsi une péritonite circonscrite, et, à l'aide d'un bandage convenablement serré, il maintenait en contact le péritoine de la paroi avec celui qui recouvrait le kyste. Il s'établissait alors une péritonite du kyste, au point où celui-ci touchait la paroi, et après quelques jours il existait des adhérences assez intimes pour qu'il fût possible de pénétrer sans péril avec le bistouri dans la cavité de la tumeur.

« Le procédé de Bégin était plus expéditif et peut-être un peu plus périlleux. Ce chirurgien incisait la paroi abdominale couche par couche au point où le kyste faisait le plus de saillie. Il arrivait ainsi jusqu'au péritoine, qu'il respectait. L'inflammation qui s'emparait des lèvres de l'incision se propageait nécessairement jusqu'au péritoine pariétal et jusqu'à celui de la tumeur ; et, lorsque deux autres ours s'étaient écoulés, Bégin supposait que des adhérences suffi-

santes s'étaient établies, et il pénétrait dans la tumeur avec le bistouri.

« M. Jobert adopte un procédé plus simple et que j'ai vu appliquer par lui avec succès chez une dame atteinte d'un kyste de l'ovaire. Il fait la ponction avec le trocart ordinaire, et, après avoir vidé une petite quantité du liquide contenu dans la tumeur, il introduit une sonde par le conduit de la canule, en laissant la sonde en place. Il maintient la paroi du ventre en contact avec le kyste par un bandage qui comprime modérément. La sonde irrite par sa présence une petite portion du péritoine du kyste et de la paroi abdominale, et il s'établit de rapides adhérences qui permettent de pratiquer des injections dans la poche, sans craindre de voir le liquide s'épancher dans la cavité péritonéale.

« Chacun de vous sait les dangers que l'on a attribués à chacun de ces procédés. Il n'est pas toujours facile de limiter l'action des caustiques ; l'incision de Bégin produit souvent un érysipèle, et, d'ailleurs, il est encore plus douloureux et plus effrayant pour les malades que la cautérisation de Récamier. Il est aussi plus difficile, et bien des médecins qui ont perdu l'habitude de se servir du couteau, hésiteraient à le mettre en œuvre.

« Le procédé de M. Jobert est simple, ne cause pas de douleurs, mais il expose quelquefois à un accident assez grave, l'épanchement d'une certaine quantité du liquide du kyste dans le péritoine.

« Le procédé que j'ai imaginé et auquel j'ai donné le nom d'*acupuncture multiple*, m'a paru beaucoup plus simple, d'une exécution très-facile et tout à fait exempt d'inconvénients.

« Je l'ai pour la première fois mis en usage alors que je remplaçais à l'Hôtel-Dieu M. le professeur Récamier, en qualité de médecin du bureau central; c'était chez une dame des environs de Chablis, sœur de M. le docteur ***.

« Elle avait de nombreuses tumeurs dans le ventre, et quelques-unes contenaient du liquide ; il était évident que ces dernières étaient des kystes de l'ovaire. Pour pénétrer avec sécurité dans ces poches et pour y faire sans danger des injections détersives, il me parut utile d'obtenir des adhérences entre la paroi de l'abdomen et celle du kyste principal, et je songeai à l'*acupuncture multiple*.

« Je me procurai de grandes aiguilles d'acier semblables à celles dont se servent les modistes; je les détrempai à la flamme d'une bougie, et je mis à chacune une tête de cire à cacheter pour arrêter l'aiguille et l'empêcher de pénétrer entièrement dans la tumeur. J'enfonçai à peu près une vingtaine d'aiguilles qui traversèrent à la

fois la paroi abdominale et la paroi du kyste, et les têtes de cire venaient s'appuyer sur la peau. Mais je n'avais pas prévu un danger dont je veux vous parler. Le lendemain matin, je m'aperçus que la peau était enflammée et un peu ulcérée, partout où les têtes de cire étaient en contact avec la peau. Je ne m'en émus pas beaucoup, mais le lendemain ces ulcérations étaient beaucoup plus étendues, et l'une des têtes de cire s'était enfoncée dans l'épaisseur du derme et avait pénétré avec l'aiguille dans la cavité du kyste. Je dois dire qu'il ne survint aucun accident, mais je retirai immédiatement les autres aiguilles, craignant qu'il n'arrivât pour toutes ce qui était arrivé pour l'une d'elles, et je modifiai mon procédé.

« Il est facile de comprendre ce qui était arrivé : à chaque mouvement de la respiration les aiguilles étaient ébranlées, et il se faisait un léger frottement de la surface de la peau contre les têtes des aiguilles. Si l'on veut bien considérer que la malade respirait à peu près vingt fois par minute, c'est-à-dire 1,200 fois par heure, par conséquent plus de 28,000 fois en vingt-quatre heures, on comprendra comment un frottement, si léger qu'il fût, pouvait user et enflammer la peau.

« Le procédé que j'ai employé désormais, celui que j'ai mis en usage pour la femme dont j'ai à vous raconter l'histoire, est le suivant. Il consiste à interposer un tissu quelconque entre la peau et les têtes des aiguilles. Je me sers tout simplement d'un morceau de sparadrap de diachylon, et de cette manière jamais la peau ne s'enflamme au contact de la tête des aiguilles.

« Maintenant il est bien facile de comprendre ce qui se passe. Les aiguilles traversent à la fois la peau, les tissus sous-jacents, le péritoine des parois de l'abdomen ; elles s'enfoncent dans la tumeur en traversant le péritoine qui la recouvre et les parois de la poche kystique. Les aiguilles sont au nombre de vingt-cinq ou trente, et elles sont placées à 3 ou 4 millimètres l'une de l'autre. L'aire d'inflammation qui survient autour de chaque aiguille est au moins de 2 millimètres, et il suffit qu'il en soit ainsi pour que le péritoine s'enflamme dans toute la surface représentée par le champ où les aiguilles sont implantées. D'ailleurs, une douleur locale assez vive, une tuméfaction qui s'empare de toute la peau et des parties profondes, indiquent assez que le travail phlegmasique se fait avec une certaine activité. Les aiguilles restent en place cinq jours. Au moment où on les retire, on voit sourdre par chaque piqûre, un peu du liquide contenu dans le kyste, preuve irréfragable que l'adhérence existe entre les feuillets du péritoine. On pourrait alors faire

la ponction; mais, pour plus de sécurité, j'attends un jour ou deux, afin que les adhérences se raffermissent. On peut alors s'assurer par une manœuvre bien simple que l'adhérence est complète. En pinçant avec les doigts toute l'épaisseur de la peau, on sent à merveille une espèce de disque induré formé par les tissus qui constituent la paroi abdominale, et ce disque est solidaire avec la tumeur qui est entraînée dans les mouvements de va-et-vient que l'on fait subir à la peau.

« Je procède à la ponction, soit avec le bistouri à lame étroite, soit avec le trocart ordinaire; mais, quand je me sers du trocart, je prends une nouvelle précaution; je fais avec la lancette une ponction à la peau, et, introduisant la pointe du trocart dans la petite plaie, je pousse vivement l'instrument; de cette façon, j'évite les violentes secousses qui pourraient détruire les adhérences.

« Le procédé que je viens d'indiquer est celui qui a été suivi chez la femme dont je présente en ce moment les pièces anatomiques et dont je vais raconter brièvement l'histoire.

« Mais auparavant je dois dire que cette acupuncture est si peu douloureuse, que bien des malades causent pendant que l'on enfonce les aiguilles, et tous déclarent que cette petite opération est une bagatelle. Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'elle est tellement facile, qu'il n'est personne au monde qui ne la puisse faire.

« *Obs.* Femme âgée de trente-cinq ans, entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard, n° 23, le 13 mars 1862; est devenue souffrante depuis une année; au mois de juin 1861, hémorrhagie utérine abondante, et depuis cette époque menstruation irrégulière. — Depuis plusieurs mois, elle s'est aperçue que son ventre grossissait, et bientôt elle sentit une tumeur se développer dans la région iliaque droite. Plusieurs fois avant son admission à l'hôpital, cette femme a ressenti dans l'abdomen des douleurs aiguës accompagnées de fièvre et de vomissements. Peu à peu, ces douleurs disparaissaient, et, après huit ou dix jours de repos au lit, cette femme pouvait reprendre son travail. Mais, le 10 mars, c'est-à-dire trois jours avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, elle a été prise de vomissements, de douleurs de ventre et de fièvre. Ces symptômes persistent lors de notre premier examen, et de plus, nous constatons dans l'abdomen une tumeur bilobée faisant saillie dans les régions hypogastrique et iliaque droite; cette tumeur est fluctuante dans toute la portion qui correspond à la région iliaque droite; la fluctuation est moins sensible dans la région de l'hypogastre, dans la région iliaque gauche, où l'on constate l'existence d'une seconde tumeur plus dure, non fluctuante à la palpation et cependant solidaire avec la tumeur kystique.

« Une tumeur ainsi limitée, en partie fluctuante, de la grosseur d'une tête d'adulte et bilobée, ne pouvait être qu'un kyste ovarique. Les douleurs et les vomissements avec fièvre étaient la conséquence

d'une péritonite au voisinage du kyste. Nous attendons la cessation des symptômes inflammatoires, alors une ponction est pratiquée avec un trocart ordinaire, et il s'écoule une grande quantité d'un liquide légèrement jaune, visqueux, et qui devient purulent à la fin de la ponction; ce liquide contenait beaucoup d'albumine. Cette ponction fut pratiquée le 31 mars ; on put alors, après l'affaissement de la tumeur kystique, reconnaître que la seconde tumeur du côté gauche était devenue médiane et présentait une dureté qui nous fit supposer qu'elle était de nature solide. Il n'y avait point à penser à l'ovariotomie, parce que les péritonites répétées devaient faire supposer que la tumeur avait contracté de nombreuses adhérences avec le péritoine et avec les intestins.

« Le liquide se reproduisit avec rapidité, et, le 15 avril, c'est-à-dire quinze jours après la première ponction, on put extraire 4,500 grammes d'un liquide trouble, visqueux et purulent. Ces deux ponctions ne furent suivies d'aucun accident grave ; à peine la malade eut-elle, pendant deux ou trois jours, après chaque ponction, un peu de douleur limitée au niveau de la ponction. Cependant le kyste ne tarda pas de se remplir de nouveau ; et, craignant la reproduction incessante du liquide et l'inflammation du kyste qui avait déjà fourni du pus, je résolus de déterminer l'adhérence de la paroi kystique avec la paroi abdominale, afin, 1° d'établir une fistule qui permettrait au liquide de s'écouler chaque jour; 2° de pouvoir modifier la sécrétion de la poche kystique par des injections iodées.

« Pour obtenir l'adhérence du kyste avec la paroi abdominale, je pratiquai l'acupuncture multiple, après avoir attendu que l'accumulation du liquide eût distendu les parois du kyste. Voici comment je procédai à l'acupuncture :

« Sur la partie de l'abdomen où la tumeur faisait la saillie la plus marquée, j'appliquai une rondelle de diachylon de la grandeur d'une pièce de 5 francs, puis, à travers cette rondelle, j'implantai dans la paroi abdominale et la paroi kystique qui était en contact vingt-cinq aiguilles d'acier détrempé, de 7 à 8 centimètres de longueur et dont j'avais eu soin de garnir la tête avec de la cire à cacheter, pour n'avoir pas à redouter la pénétration de l'aiguille entière dans la poche kystique. Cette petite opération fut très-peu douloureuse, et pendant trois jours la malade éprouva seulement une légère douleur dans une étendue qui ne dépassait guère l'aire de l'acupuncture. Cette douleur était la conséquence de la péritonite localisée que j'avais déterminée par l'introduction des aiguilles, et le cinquième jour après l'acupuncture, m'étant assuré, par de petits mouvements, de l'adhésion de la paroi abdominale à la paroi kystique, j'enlevai une à une chaque aiguille. Immédiatement après l'extraction des aiguilles, il s'écoula, par les pertuis capillaires, des gouttelettes de sérosité visqueuse qui témoignaient que l'adhérence existait. Le lendemain je vidai le kyste avec un trocart et j'établis à demeure une canule de caoutchouc; chaque jour je vidai le kyste, et peu à peu la quantité du liquide sécrété devint de moins en moins abondante, et la tumeur avait une tendance progressive à revenir sur elle-même. Cependant il s'écoulait toujours du pus, pus fétide, et j'injectai

dans le kyste de la teinture d'iode étendue de deux tiers d'eau ordinaire, dans laquelle j'avais préalablement fait dissoudre 3 à 4 grammes d'iodure de potassium. Tous les jours je vidai la tumeur, et tous les deux jours seulement je lavai le kyste avec de la teinture d'iode, en ayant soin chaque fois de laisser dans la poche le quart à peu près du liquide injecté.

«La dernière ponction avait été faite le 4 mai, et, dix jours après, nous constatâmes que la tumeur gauche avait sensiblement diminué de volume; il était alors probable que cette tumeur, malgré sa dureté, n'était qu'une tumeur kystique, peut-être multiloculaire, et qu'une de ses loges s'était ouverte et vidée dans la poche principale.

« Jusqu'au 20 mai, l'état général était resté satisfaisant, sauf quelques symptômes d'iodisme. La tumeur gauche avait encore diminué de volume, et le liquide qui s'écoulait par la fistule n'avait presque plus de fétidité. Mais à cette époque, le 20 mai, la malade fut prise de diarrhée, qui fut d'abord combattue avec succès par les préparations de craie et de bismuth; la malade était très-faible, elle maigrissait; une pâleur extrême, l'œdème des extrémités inférieures, la perte d'appétit, et un petit mouvement fébrile revenant chaque soir, témoignaient d'un état cachectique grave. Dans le courant du mois de juin, on reconnut l'existence d'une *phlegmatia alba dolens* du membre inférieur droit : douleurs dans le mollet et sur le trajet des vaisseaux cruraux, œdème de tout le membre. Peu à peu l'œdème disparaît, mais l'état cachectique est toujours prononcé, malgré l'emploi des toniques, et quoi qu'on fasse, c'est à peine si l'on parvient, dans le mois de juillet, à modérer de temps en temps la diarrhée qui épuise la malade. Il s'écoule toujours du pus fétide par la fistule, aussitôt que l'on cesse les injections iodées; il est probable alors qu'une certaine quantité des matières putrides contenues dans le kyste sont résorbées et que la fièvre hectique et la diarrhée sont la conséquence de cette infection putride chronique. Pour augmenter l'étendue de la fistule et faciliter ainsi l'écoulement du pus kystique, on introduit une grosse corde à boyau qui bientôt rétablit une large fistule. Mais, quoi qu'on fasse, l'état cachectique devient de plus en plus grave, la diarrhée persiste, du muguet se développe sur la membrane muqueuse buccale, de nouveau apparaissent les signes d'une phlegmasie du membre inférieur droit qui bientôt s'étend au membre inférieur gauche. La malade est prise de toux sèche et de douleurs du côté droit; l'affaiblissement est tel, qu'on ne croit point devoir ausculter la malade, qui très-probablement a de la pleurésie. Les accidents thoraciques disparaissent le septième jour, et de temps en temps seulement la malade se plaint d'un peu de douleur dans le sommet de la poitrine lorsqu'elle fait effort pour respirer. La lutte dure ainsi pendant tout le mois d'octobre, et la malade succombe le 30 octobre, épuisée par la diarrhée et la suppuration persistante des parois du kyste ovarique. »

M. le docteur Stanski a cru devoir revendiquer la priorité de ce procédé parce que, dans une observation de kyste hydatique du foie, il avait signalé l'emploi de l'acupuncture multiple comme un

moyen capable de provoquer plus sûrement des adhérences entre les parois du kyste et celles de l'abdomen que l'usage du caustique de Vienne, auquel il avait eu recours. La lecture de la note de M. Trousseau prouve que le savant professeur avait devancé notre ingénieux confrère, non-seulement dans la conception, mais encore dans l'application du nouveau procédé.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Accouchement prématuré artificiel (*Nouveau moyen de provoquer l'*). C'est moins une nouvelle méthode, comme le titre porterait à le faire penser, qu'un procédé nouveau dont il s'agit dans cette note, procédé particulier de dilatation du col, dont l'emploi est ensuite suivi de la ponction des membranes et de l'extraction du fœtus, soit à l'aide du forceps, soit par la version podalique. M. Barnes, médecin de la Maternité de Londres, se sert, pour opérer la dilatation, d'une vessie en caoutchouc munie d'un tube suffisamment long, et qu'il distend en y poussant de l'eau avec une seringue à injection. La vessie en caoutchouc avait déjà été employée dans le même but et suivant le même procédé; mais M. Barnes a apporté à la forme de l'instrument une modification utile : les vessies qu'il emploie présentent à leur milieu un étranglement cylindrique, tandis que leurs extrémités forment des renflements sphériques; elles ont par conséquent une forme qui n'est pas sans analogie avec celle d'un violon. On comprend facilement que cette disposition assure la fixité de l'appareil dans le col utérin. M. Barnes a fait construire trois modèles de dimensions différentes; pour en faciliter l'introduction, il a fait adapter sur la face interne de la vessie une petite pochette qui reçoit le bec d'une sonde utérine, à l'aide de laquelle on la fait pénétrer dans le col.

On commence d'abord par dilater le vagin par le même procédé, en se servant de la vessie la plus volumineuse; puis on répète l'opération pour le col utérin, en ayant soin d'introduire le renflement terminal au delà de l'orifice interne. On opère la dilatation graduellement, en remplissant peu à peu la vessie. M. Barnes assigne à ce temps une durée moyenne de trois à quatre heures. Lorsque la présence du dilatateur ne provoque pas de douleurs expulsives, on le retire pour ponctionner les membranes; on laisse écouler une partie seulement des eaux de l'amnios, puis l'on remet la vessie en place, et l'on complète la dilatation. Si les douleurs expulsives se manifestent alors avec une énergie suffisante, on abandonne le travail à la nature; sinon, on applique le forceps ou l'on fait la version suivant la présentation. Pour opérer la version, M. Barnes recommande d'ailleurs d'essayer les manœuvres externes lorsqu'on a le temps.

Pendant que le chirurgien anglais publiait ce travail, un de nos jeunes professeurs agrégés, chef de la clinique d'accouchement à la Faculté, était inscrit à l'ordre du jour de l'Académie de médecine pour lire un mémoire sur le même procédé, qu'il expérimentait publiquement depuis plus d'une année. Un prochain rapport devant être fait sur le travail de M. Tarnier, nous attendrons la discussion pour dire un mot sur la valeur du nouveau moyen de provoquer l'accouchement et sur la question de priorité. Quant à présent, nous nous bornons à rappeler que la première application à la clinique d'accouchement a été faite par M. Tarnier, vers la fin de l'année 1861, et que le dessin de son dilatateur, avec une note explicative, figure dans le catalogue des instruments nouveaux publié en 1862 par M. Charrière. (*Edinburgh medic. journ.*, et *Compte rendu de l'Académie de médecine*, décembre 1862.)

Blennorrhagie urétrale (*Utilité de l'acétate de potasse dans le traitement de la*). Tous les syphiliographes qui se sont occupés du traitement de la blennorrhagie repoussent l'emploi des diurétiques. Est-ce que l'acétate de potasse jouirait de propriétés autres dans cette maladie ? Le docteur Bétoldi, dans le numéro de mai dernier des *Annali di medicina*, vantait l'em-

ploi de ce sel comme un excellent médicament pour combattre l'urétrite blennorrhagique chez l'homme et chez la femme. Le docteur Ambrosoli (de Milan), après l'avoir essayé sur un grand nombre de malades de son service, arrive aux conclusions suivantes :

1° L'acétate de potasse, administré à doses élevées et répétées, modifié par l'organisme et éliminé par l'urine, guérit l'urétrite aiguë et subaiguë. 100 grammes au moins doivent être employés pour obtenir quelque résultat ;

2° Les injections faites dans les blennorrhagies aiguës, urétrale, vaginale, utérine, avec les solutions concentrées d'acétate de potasse, modifient la muqueuse, arrêtent les sécrétions morbides, mais ne sont pas préférables à celles d'alun, de tannin et de sulfate de zinc ;

3° L'acétate de potasse, très-bien supporté par l'estomac, augmente sensiblement la sécrétion urinaire ;

4° Il est sans effet sur l'urétrite chronique ;

5° Son action est purement topique et elle tient peut-être uniquement à ses propriétés diurétiques. (*Gaz. med. Lombardia* et *Gaz hebd.*, novembre.)

Cancer *de l'amygdale et du voile du palais enlevé par l'écraseur après l'écartement de la carotide interne.* Dans la séance de la Société de chirurgie du 3 décembre, M. Demarquay a présenté un malade sur lequel, pour éviter la blessure des gros vaisseaux du cou pendant l'ablation d'un cancer de l'amygdale, il avait imité la conduite tenue par Blandin dans un cas semblable.

Ce chirurgien fit une incision partant du bord antérieur de l'apophyse mastoïde et longeant le bord interne du muscle sterno-mastoïdien, pour venir se terminer au niveau du larynx. Il arriva ainsi sur les vaisseaux et les nerfs qui se trouvent au contact de l'amygdale, et put les écarter et les faire maintenir pendant qu'il faisait manœuvrer l'écraseur. Par cette incision préliminaire, il s'assurait, en outre, que le tissu cellulaire rétro-pharyngien n'était pas envahi par l'affection ; s'il en avait été autrement, il n'eût pas poursuivi son opération.

M. Demarquay s'est aussi rappelé que l'opéré de Blandin, au lieu d'être atteint d'un cancer, n'avait qu'une tumeur syphilitique qui, ayant récidivé, fut guérie par M. Maisonneuve, à l'aide de l'iodure de potassium. Afin d'éviter une semblable méprise, il a soumis son malade à un traitement spécifique, qui resta sans effet. Jusqu'à présent le résultat de l'opération est satisfaisant. (*Compte rendu de la Soc. de chir.*, décembre.)

Convulsions idiopathiques *des jeunes enfants, guéries par la compression des carotides.* Nous avons déjà fait connaître les bons effets que l'on obtient de la compression des carotides pour combattre les convulsions idiopathiques des jeunes enfants. Voici un nouveau fait qui vient à l'appui de l'efficacité et de l'utilité de cette méthode.

Un enfant de dix-huit mois, d'une parfaite santé jusque-là, fut atteint, le 30 juillet dernier, à une heure de l'après-midi, d'une manière subite, de perte de connaissance. Cet état syncopal dura environ une demi-heure, et cessa pour faire place à des convulsions toniques et cloniques, se succédant à dix minutes de distance, et séparées par des intervalles de calme complet. M. le docteur Labalbary, appelé auprès de cet enfant au moment des premières crises, constate l'état suivant : le regard est fixe ; l'œil est terne et vitreux ; les globes oculaires sont, par instants, convulsés en haut, et exécutent des mouvements saccadés qui les dirigent et les cachent sous la paupière supérieure. Les pupilles surtout sont le siége de mouvements alternatifs de dilatation et de resserrement qui rendent le regard effrayant. Les muscles de la face sont tiraillés en sens inverse. La bouche est déviée et tirée en haut, surtout vers la commissure droite. Il y a du trismus alternant avec des mouvements désordonnés de la mâchoire inférieure. Les membres abdominaux et le bras droit sont agités de mouvements convulsifs. La face est vultueuse et violacée ; la pupille droite est sensiblement plus dilatée que la gauche ; le pouls est petit, rapide et concentré ; la respiration est accélérée et stertoreuse ; des mucosités épaisses obstruent l'arrière-gorge ; l'asphyxie est imminente. M. Labalbary fait appliquer immédiatement une sangsue à chaque apophyse mastoïde, et laisse couler le sang pendant une heure. On plonge les extrémités supérieures et inférieures dans de l'eau chaude fortement sinapisée. Ces moyens ne procurent aucun soulagement. Les attaques se succèdent toutes les dix minutes ; la respiration devient suspirieuse et

haletante; le pouls se ralentit; des sueurs visqueuses perlent sur la peau; les membres inférieurs se refroidissent; la face devient turgescente; les lèvres bleuissent; la mort est imminente. Dans cette situation désespérée, M. Labalbary se met en mesure de pratiquer la compression des carotides. Comme les crises se succédaient à des intervalles très-rapprochés, il apprit à la mère de l'enfant à intercepter le cours du sang artériel à chaque nouvelle crise. La circulation des carotides était interrompue pendant tout le temps de l'attaque, et rétablie aussitôt que cessaient les convulsions. Grâce à cette ressource, notre confrère parvint à diminuer d'abord l'intensité des crises, puis à éloigner les accès convulsifs, de telle sorte que l'attaque d'éclampsie, qui avait commencé à une heure, se terminait à sept heures du soir, et faisait place à une sorte de *coma vigil*, qui disparut sous l'influence d'une potion excitante. La compression avait été pratiquée pendant six heures consécutives, toutes les dix minutes d'abord, et vers les dernières crises, pendant un espace de temps variant entre un quart d'heure et une demi-heure. (*Union médic.*, novembre 1862.)

Corps étrangers *des voies aériennes* (*Emploi de l'anse métallique pour l'extraction des*). L'expulsion des corps étrangers des voies aériennes se fait parfois attendre assez longtemps, même après que la trachéotomie a été faite. Or, il y a toujours intérêt à obtenir ce résultat le plus tôt possible et à ne pas exposer le malade aux accidents fâcheux que le séjour prolongé des corps étrangers peut entraîner. Parmi les procédés d'extraction que l'on peut employer dans ces conditions, l'emploi d'une simple anse métallique est incontestablement un des plus simples. M. le docteur J.-J. Thomson s'en est servi deux fois avec succès. Dans l'un de ces cas, le corps étranger était un grain de blé, et peut-être l'emploi de l'anse métallique n'était-il pas tout à fait indispensable. On y recourut, en effet, immédiatement après l'ouverture de la trachée; avec un peu de patience, on aurait probablement pu s'en passer. — Il n'en était pas de même dans le deuxième cas : il s'agissait d'un fragment de tuyau de pipe long de 1 pouce 1/2, engagé et assez fortement enclavé dans la bronche droite. La trachée était ouverte depuis trente-six heures, sans que le corps étranger eût manifesté aucune tendance à se déplacer. Après plusieurs tentatives, M. Thomson réussit à glisser son anse métallique dans la bronche, entre sa paroi et le tuyau de pipe, et au delà de celui-ci; puis il retira le corps étranger, absolument comme on retire un bouchon d'une bouteille avec l'anse d'une ficelle. Dans les deux cas, les malades, qui étaient des enfants, guérirent rapidement. Nous nous étonnons de ne pas voir essayer tout d'abord, dans ces cas, l'influence de la position déclive, aidée de la sucussion de la poitrine, avant d'avoir recours à une opération sanglante. L'instrument doit être toujours la dernière ressource du praticien. (*American medic. Times*, et *Gaz. medic. de Paris*, novembre 1862.)

Pessaire rectal (*Nouveau*) *pour maintenir les tumeurs hémorrhoïdales procidentes que l'on ne peut opérer.* Depuis que l'écrasement linéaire et l'usage des caustiques sont venus diminuer la gravité de l'ablation des tumeurs hémorrhoïdales, on hésite beaucoup moins à proposer cette opération. Cependant il est des cas où, soit à cause de la faiblesse des sujets, de l'âge ou de toute autre circonstance, il peut y avoir une contre-indication formelle à opérer. Voici pour ces cas-là un moyen qui peut offrir une précieuse ressource, et qui a été d'une grande utilité chez le sujet de l'observation suivante :

Un homme, âgé de soixante-quatorze ans, portait des tumeurs hémorrhoïdales du volume d'un petit œuf de poule, situées de chaque côté de la face interne du rectum. Depuis deux ans, ces tumeurs, dilatant sans cesse l'anus, l'avaient élargi au point que, à chaque mouvement du malade, elles sortaient et faisaient procidence. Le malade, visité par MM. Frémineau et Verneuil, fut soumis aux applications de l'électricité, de la glace, des astringents, des injections sous-cutanées de strychnine, dans le but de ramener la contractilité musculaire; aux cautérisations azotiques pour diminuer le volume des tumeurs et rétrécir la partie inférieure du rectum; enfin les appareils connus de contention furent essayés, le tout en vain et sans amélioration. L'écrasement linéaire fut proposé au malade et repoussé, avec prière de trouver un moyen palliatif qui rendît la position supportable. Ce fut alors que M. Frémineau fit l'application d'un pessaire spécial. Ce pessaire se compose de deux réservoirs à air, d'inégale capacité ; l'un, supérieur, plus grand, pi-

riforme, dont le sommet se continue avec le réservoir inférieur, plus petit, en boule; puis de l'ajutage à robinet. Les tumeurs une fois réduites, la partie supérieure ou piriforme du pessaire, roulée sur elle-même, est introduite dans le rectum. La partie inférieure ou obturatrice reste en dehors, appliquée sur l'anus. Une fois le pessaire insufflé, voici ce qui se passe : La partie supérieure, formant un cône à sommet inférieur, prend un point d'appui contre les parois du rectum, tend à s'élever, et applique contre l'anus la seconde partie ou portion obturatrice. Les tumeurs hémorrhoïdales se logent dans la portion rétrécie du pessaire, sont refoulées par celui-ci contre les parois du rectum, tandis que la portion obturatrice, tirée en haut par la partie intra-rectale, soutient les tumeurs et les empêche de sortir. — Le malade qui fait le sujet de cette observation porte cet appareil depuis plusieurs mois et peut actuellement vaquer à ses affaires, sans que les tumeurs s'échappent par l'orifice anal. (*Gaz des hôpit.*, novembre 1862.)

Plaies par armes à feu. *Nouvelle sonde exploratrice destinée à affirmer la présence de la balle.* L'annonce que M. le professeur Zanetti venait d'extraire la balle du pied du général Garibaldi a fourni l'occasion à M. le professeur Nélaton d'exposer à ses élèves quelques considérations relatives à l'exploration des plaies par armes à feu, que nous croyons devoir reproduire, afin de compléter les documents que nous avons placés sous les yeux de nos lecteurs.

Voici en quels termes s'est exprimé le savant professeur : « Si l'on songe aux opinions différentes qui ont été émises sur la présence du corps étranger dans la plaie, il est de toute évidence que, sans un moyen capable d'établir une certitude absolue de diagnostic, nous aurions peut-être longtemps attendu un si heureux événement. Je vous rappellerai que la plaie du général était située au niveau du bord antérieur de la malléole interne, qui avait été écornée par le projectile. Cette plaie se dirigeait transversalement, et à 2 centimètres et demi de profondeur, le stylet touchait un corps dur, à sonorité obscure, bien différente du son clair perçu dans la nécrose, et donnant une sensation qui était bien loin de ressembler à celle de la surface rugueuse de la carie.

« La balle était ainsi logée immédiatement en avant du col de l'astragale, position dans laquelle elle ne pouvait pas être reconnue par l'exploration antérieure à travers la peau, masquée, comme elle l'était, par la tension des tendons au niveau du coude-pied. La présence du projectile était pour moi une certitude absolue. Je conseillai la dilatation. D'un autre côté, Porta, après l'introduction du doigt dans la blessure, n'ayant pas reconnu la balle, ne fut pas convaincu de son existence.

« De retour à Paris, je cherchai un moyen explorateur capable de lever tous les doutes pour ceux dont la persuasion n'était pas semblable à la mienne. Je pensai alors à employer un petit stylet taillé en lime à l'une de ses extrémités, qui aurait pu enlever, par un mouvement rotatoire, quelques parcelles métalliques de la surface du corps étranger. M. Mathieu nous en construisit plusieurs suivant cette indication. M. Em. Rousseau, à qui je demandai un procédé facile d'analyse chimique, apte à déceler dans la plaie la présence du plomb, me donna l'idée d'un moyen plus simple et plus pratique, consistant à introduire un corps capable de rapporter une empreinte métallique reconnaissable à tous ses caractères. Nous eûmes alors la pensée de faire un stylet terminé par une petite olive en porcelaine blanche non vernie, connue sous le nom de biscuit, sur laquelle le simple contact avec le projectile en marquerait la présence. M. Charrière s'attacha à réaliser immédiatement la construction de ce petit instrument, et bientôt nous eûmes plusieurs tiges d'argent terminées chacune par un bout de porcelaine. Le simple frottement de cette petite sphère A sur le plomb est suffisant pour y imprimer une tache que ni les parties molles ni les sécrétions morbides ne peuvent effacer; un mouvement de rotation sur son axe y dessine un véritable méridien.

« Dans une pareille circonstance, il ne s'agit pas seulement d'affirmer, la démonstration doit passer avant toute

A

B

chose. C'est, comme tout le monde vient de l'apprendre, grâce à cet instrument, que M. Zanetti a pu s'assurer de nouveau de la présence de la balle avec assez de certitude pour se déterminer à en faire l'ablation.

« D'autres instruments ont été proposés pour établir le diagnostic de l'existence d'une balle au fond de la plaie. Nous ne mentionnerons que l'ingénieux appareil électro-magnétique de M. Favre, ancien agrégé de la Faculté de Paris, aujourd'hui professeur à Marseille. Il se compose d'un étui renfermant deux fils conducteurs, ou bien les deux électrodes enveloppés d'une couche isolante. Ces deux fils communiquent avec une pile d'un seul élément, et sur le trajet de l'un d'eux se trouve disposé un galvanomètre. Or, vous savez qu'Œrsted a reconnu que, sous l'influence du voisinage d'un courant, l'aiguille aimantée éprouve une déviation. On comprend l'usage que l'on peut faire de ce petit appareil. Si l'on introduit les deux extrémités des fils conducteurs dans une plaie, le contact des tissus, des os, de la suppuration, n'est pas suffisant pour établir le courant; mais, si l'on arrive sur un corps métallique, l'aiguille du galvanomètre, qui tout à l'heure était parallèle au fil, ne tarde pas à lui devenir perpendiculaire, preuve évidente que le circuit est fermé. Une condition indispensable à la réussite de l'expérience est de n'employer qu'un seul couple pour éviter la décomposition des liquides de la plaie, qui aurait pour résultat la formation d'un courant indiqué par la déviation galvanométrique. (*Gaz. des hôpitaux*, novembre.)

Respiration artificielle (*Nouvelle méthode de*). Il est certaines méthodes thérapeutiques sur lesquelles on ne saurait trop insister, telles sont en particulier celles qui ont pour effet de conjurer un péril imminent, de soustraire des individus à une cause de mort presque certaine.

On sait les services que peut rendre l'emploi de la respiration artificielle dans quelques états pathologiques, tels que: l'asphyxie, la syncope, la mort apparente des nouveau-nes. Mais on sait aussi combien les procédés en usage jusqu'ici sont parfois d'une application difficile et même dans quelques cas dangereuse. Aussi pensons-nous qu'on accueillera avec intérêt l'exposé d'une nouvelle méthode due à MM. le docteur Vastel, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Caen, et Denis-Dumont, professeur de physiologie à l'École secondaire de médecine, et qui a été communiquée par ce dernier savant à la Société de médecine de cette ville.

« Pour obtenir la respiration artificielle, dit M. le docteur Denis-Dumont, le sujet est étendu horizontalement sur une table ou sur un lit; s'il est d'un poids peu considérable, un aide le fixe solidement en appuyant sur les hanches. L'opérateur se place au bout du lit ou de la table, et, glissant la main sous chaque aisselle, d'arrière en avant, il saisit fortement le bras à sa partie supérieure; alors, par un mouvement lent, mais énergique, il porte le moignon de l'épaule en haut et en avant; puis, laissant l'épaule reprendre sa position normale, il exerce une pression en sens inverse. Ces mouvements sont répétés d'après le rhythme qu'affecte la respiration normale. Par cette simple manœuvre, la quantité d'air qui pénètre dans la poitrine et qui en sort alternativement est assez considérable pour que le bruit produit par son passage dans les voies respiratoires s'entende très-nettement à distance, et imite, à s'y méprendre, le souffle d'un homme qui fait d'énergiques inspirations. Lorsque des mucosités abondantes se rencontrent dans les voies aériennes, on entend, surtout au début de l'opération, un râle muqueux à grosses bulles, très-bruyant, qui révèle l'introduction d'un courant d'air rapide... Quelque étrange que paraisse ce spectacle d'un cadavre chez lequel les phénomènes physiques de la respiration s'exécutent tout aussi régulièrement que chez l'individu vivant, on peut cependant s'en rendre compte si l'on considère les mouvements que nous imprimons au thorax par la manœuvre indiquée.

« Nous agissons, en effet, de manière à tendre fortement, et par conséquent à rendre inspirateur tout muscle qui, d'une part, s'insère à la clavicule, à l'omoplate ou à l'humérus, et, d'autre part, va s'attacher, soit en totalité, soit en partie, aux côtes, dans un point plus déclive. Ainsi, nous faisons remplir ce rôle au sous-clavier, au grand pectoral, par les fibres qui s'attachent sur les quatrième, cinquième et sixième côtes; au petit pectoral; au grand dentelé par ses digitations inférieures; enfin, au grand dorsal, par ses insertions sur les dernières fausses côtes. La traction exercée sur tous ces muscles à la fois

a pour effet de redresser les côtes qui, d'obliques en bas qu'elles étaient, deviennent plus ou moins horizontales. Or, on sait que de ce mouvement ascensionnel résulte l'ampliation de la poitrine dans ses diamètres antéro-postérieur et tranversal. Chaque fois donc qu'il a lieu, soit naturellement, soit artificiellement, il détermine une augmentation de la capacité thoracique, et, par suite, se produit le premier temps de la respiration, c'est-à-dire l'introduction d'un certain volume d'air dans les bronches, l'inspiration.....

« Quant au second temps de la respiration, à l'expiration, il a lieu dès que l'abaissement des épaules permet aux côtes de reprendre leur position naturelle, et même, en pressant assez fortement sur cette région, on abaisse davantage ces arcs osseux et on diminue proportionnellement la capacité du thorax. »

L'avantage procuré par la méthode nouvelle dont nous venons d'emprunter la description à la *Revue médicale*, et qui a pour objet l'ampliation et le resserrement alternatifs et artificiels de la cavité thoracique, doit trouver sa principale raison d'être dans des considérations demeurées jusqu'ici dans l'ombre, et qui se rattachent à la connaissance plus approfondie du rôle et du mode d'action du grand pectoral.

« Ce muscle est, avant tout, un adducteur du bras, et, dans sa situation habituelle, il est difficile de lui accorder une influence sur la respiration. Mais il est une position particulière du bras dans laquelle le grand pectoral devient inspirateur. Supposez un grand effort de bâillement, dans lequel les bras, énergiquement tendus, sont en même temps élevés au-dessus des épaules; dans ce cas, le corps de l'humérus et particulièrement le point d'attache du grand pectoral sur cet os deviennent plus élevés que la tête même de l'os, laquelle reste dans la cavité articulaire. Alors le grand pectoral contracte une certaine similitude de situation avec le petit pectoral dans ses rapports avec les côtes, et une analogie d'action suit cette conformité de positions relatives. Peut-être est-ce cette vue que la nature a voulu satisfaire par la bizarre duplicature du tendon humérale du grand pectoral.

« Ce tendon, dit M. Cruveilhier, se compose de deux lames : l'une *antérieure*, qui fait suite à la portion supérieure ou descendante de ce muscle, se porte du haut en bas, s'insère à toute la largeur du bord antérieur de la coulisse, mais plus particulièrement à la partie inférieure de ce bord; la lame postérieure continue le trajet oblique de la portion ascendante du grand pectoral, croise la lame antérieure et va s'insérer plus particulièrement à la portion la plus élevée de la lèvre antérieure de la coulisse bicipitale.

Or, cette disposition tendineuse, parfaitement appropriée au rôle d'adducteur du bras, ne l'est pas moins à la fonction d'inspirateur supplémentaire pour les vastes inspirations; dans le mouvement d'extension et d'élévation du bras, pour le bâillement, par suite du renversement de l'humérus, la lame inférieure du tendon devient la plus élevée, et inversement la lame postérieure devient la plus basse. Nous n'étions donc pas éloigné de la vérité en avançant que, comme conséquence de ce mouvement énergique des bras (distendus par les extenseurs), les attaches fixes ou humérales du grand pectoral devenaient supérieures aux attaches mobiles *dans toute l'étendue du muscle*, d'où l'analogie d'action que nous avons signalée, dans ce cas, entre le grand et le petit pectoral. »

Si nous ne nous trompons, cette analyse de l'action supplémentaire du grand pectoral, lors de l'élévation de l'humérus, et que nous empruntons à la thèse de M. Giraud-Teulon (Recherches analytiques sur le mécanisme de la respiration, Paris, 1848), peut jeter quelque jour sur la théorie du procédé de M. le docteur Denis-Dumont (de Caen) pour combattre l'asphyxie.

Rougeole *produite par les cryptogames de la paille de blé.* Nos lecteurs n'ont pas oublié les intéressants articles publiés dans ce journal par M. le docteur Michel (d'Avignon) sur les accidents provoqués par les spores des champignons qui se développent sur la canne de Provence; accidents auxquels il a donné le nom de *donax satyriasis*, afin de rappeler la cause des phénomènes et la région où ceux-ci se manifestent avec le plus d'intensité (t. LXI, p. 169).

M. le docteur Salisbury, de Newark (Ohio), vient de produire de nouvelles observations de cette sorte de rougeole; seulement les cryptogames s'étaient formés sur la paille de blé. Après un travail de plusieurs heures employées à remuer des bottes de paille altérées, un certain nombre d'ouvriers éprouvèrent les phénomè-

nes suivants : lassitude, frisson, constriction à la gorge, oppression et sensibilité très-grande des yeux, douleurs très-vives dans la tête, puis dans les épaules et les membres. Bientôt fièvre intense avec des douleurs poignantes. qui ne diminuèrent qu'après l'apparition de l'éruption, qui se manifeste vers le commencement du second jour ; en même temps que la figure se tuméfie, le nez et les yeux deviennent le siége d'un écoulement très-abondant ; l'éruption augmente d'étendue et couvre tout le corps et les membres. La maladie cesse après quelques jours, sans laisser d'autres symptômes désagréables que l'écoulement catarrhal des yeux et du nez, qui persiste encore quelque temps. Le médecin américain cherche à prouver ensuite que cette affection rubéolique est surtout l'effet d'une intoxication produite par l'absorption des spores des cryptogames développés sur la paille, il a pu la faire naître, dit-il, chez d'autres individus par une inoculation directe. Nous penchons à croire, avec notre compatriote que l'affection de la peau est plutôt le résultat de l'action topique du parasite végétal. (*Amer. Jour. of med. sciences* et *Gaz. heb.*, novemb.)

Staphylome (*Suture de la sclérotique dans l'opération du*). Lorsque l'existence d'un large staphylome oblige à enlever le segment cornéen, de manière à permettre ensuite l'application d'un œil artificiel, il arrive fréquemment que l'œil suppure et que le moignon, en même temps qu'il se rétracte, devient douloureux et se guérit lentement. M. Critchett, pour diminuer la tendance à la suppuration, en protégeant l'humeur vitrée contre le contact de l'air atmosphérique, et pour hâter la cicatrisation, réunit par quelques points de suture les bords de la sclérotique avivés par l'opération. C'est ce procédé qu'a employé M. Hulke dans le cas suivant :

H. S***, âgée de vingt-deux ans, contracta, en 1859, une ophthalmie purulente en soignant un jeune enfant atteint de cette affection. Malgré les soins les mieux entendus, il en résulta un large staphylome, qui, en quelques mois, devint assez saillant pour empêcher l'occlusion des paupières. Le segment antérieur de l'œil fut enlevé en arrière des procès ciliaires, et les bords de l'incision furent maintenus en contact, suivant une ligne horizontale, par quelques fils de soie passant à travers la conjonctive et la sclérotique. Huit jours après, la réunion était complète. On appliqua un œil d'émail, que la malade porte depuis un an sans éprouver aucune gêne. (*Med. Times* et *Presse méd. belge*, novembre 1862.)

VARIÉTÉS.

RESTAURATION DE L'ORGANE DE LA VISION ([1]).

De l'application des yeux artificiels à la suite de l'extirpation du globe oculaire.

Les lésions qui réclament l'extirpation de l'œil, nous l'avons dit, peuvent être ou limitées aux membranes internes de l'organe, ou avoir envahi les tissus qui l'entourent. Dans le premier cas, le chirurgien se borne à la simple énucléation du globe oculaire, tandis que, dans les autres, il est forcé de sacrifier une partie plus ou moins considérable des tissus qui environnent l'organe. Les conditions dans lesquelles se trouve la cavité orbitaire, à la suite de ces opérations, est loin d'être la même, et la difformité est toujours beaucoup plus grande que dans les cas où le globe oculaire est simplement atrophié.

Lorsque l'œil a pu être enlevé par la méthode de Bonnet (de Lyon), les muscles et la plus grande partie de la conjonctive, ayant été ménagés, contribuent à diminuer l'étendue des cicatrices, et la rapidité de la guérison fait que le

([1]) Voir la livraison du 15 novembre, p. 417.

tissu de ces cicatrices est peu sujet à la rétraction; aussi le moignon reste mobile et capable d'imprimer à la coque artificielle des mouvements assez étendus.

Il n'en est plus de même lorsque la masse des tissus intra-orbitaires a dû être enlevée en même temps que le globe oculaire. Le travail de la cicatrisation attire les paupières, de sorte qu'elles se trouvent parfois sur un plan de 1 centimètre plus en arrière que celui des paupières de l'œil sain; d'autres fois les brides cicatricielles leur font former des plis qui diminuent leur étendue. Quant à la cavité orbitaire, les modifications ne sont pas moins variables, le bourgeonnement des tissus cicatriciels la rétrécit souvent au point que l'application d'un œil artificiel devient impossible, ou que, si l'on en adaptait un, la coque serait si petite, qu'il n'y aurait aucun bénéfice pour le malade à en faire usage.

Les indications auxquelles la pièce prothétique doit pourvoir dans les cas d'extirpation augmente en raison du mauvais état dans lequel est la cavité. En effet, la pièce artificielle doit seule ramener les paupières en avant, afin de diminuer leur enfoncement. Les voiles palpébraux ne reprennent leur coloration et leur étendue que grâce au concours que leur prête la convexité bien étudiée de la coque d'émail : celle-ci doit encore, par les contours de ses bords, s'adapter dans une cavité souvent très-irrégulière et cependant ne pas causer de gêne; puis rétablir, si faire se peut, le niveau des sillons conjonctivaux, afin d'éviter le larmoiement ; et, enfin, dilater la cavité, afin que le volume de l'œil artificiel, toujours beaucoup plus petit que celui de l'œil sain dans ces sortes de cas, se rapproche le plus possible du volume de son congénère.

En dernier lieu, il faut pourvoir à la mobilité de la pièce, qui, le plus souvent, est très-peu étendue et parfois nulle.

Quelques chirurgiens, préoccupés des résultats que pourra produire la présence d'un corps étranger, tel qu'un œil artificiel, dans un orbite dont l'œil a été extirpé dans le but de guérir une maladie qui a beaucoup de tendance à la récidive, hésitent à conseiller l'usage d'un œil artificiel, malgré le vif désir que manifestent ordinairement les malades de masquer la difformité qui résulte de l'opération qu'ils ont subie. Les résultats fournis par les quatre observations qui vont suivre feront voir ce que l'on doit penser de cette crainte.

Obs. *Tumeur mélanique. — Enucléation du globe oculaire. — Usage d'un œil artificiel depuis treize années.* — M. A*** était âgé de trente-quatre ans, lorsque M. le professeur Velpeau lui extirpa l'œil gauche, dans le courant de l'année 1847. Cette opération était nécessitée par une dégénérescence mélanique limitée aux membranes internes de l'organe. La méthode opéra-

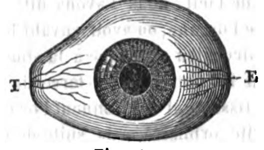


Fig. 6.

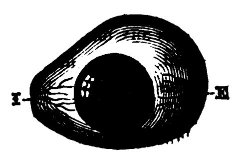


Fig. 7.

toire employée fut celle de Bonnet (de Lyon). Les muscles et la conjonctive oculaire restèrent dans la cavité et formèrent après la cicatrisation un petit moignon capable de communiquer à la pièce artificielle des mouvements assez prononcés. La cavité offrait une étendue plus que moyenne. Après la guérison, M. A*** fut envoyé à M. Boissonneau fils pour qu'il lui plaçât un œil artificiel. Depuis treize ans il fait toujours usage du même modèle (fig. 6), et, comme

il s'est toujours soigné convenablement, jamais il n'a éprouvé le plus petit inconvénient de sa pièce prothétique.

Obs. *Tumeur du maxillaire développée dans la cavité de l'orbite. — Extirpation de la tumeur et énucléation du globe oculaire. — Usage d'un œil artificiel depuis dix-huit années.* — Le jeune M***, âgé de quatre ans, est admis en 1843 à l'hôpital de la Charité pour être opéré d'une tumeur qui, née du rebord maxillaire, s'est développée à l'intérieur de la cavité de l'orbite. La vue étant détruite, M. le professeur Velpeau enlève le globe oculaire en même temps que la production morbide. Lorsque la plaie fut guérie, comme la cavité oculo-palpébrale offrait une étendue suffisante pour recevoir un œil artificiel, M. Velpeau donna aux parents le conseil de conduire leur enfant à M. Boissonneau fils, afin de prévenir, par l'intervention de la prothèse, un arrêt de développement de la face. Comme la tumeur siégeait à la partie inférieure de l'orbite, le chirurgien avait dû enlever avec le globe oculaire une assez grande partie de la conjonctive, de sorte que le sillon inférieur sur lequel la pièce prend son principal point d'appui était peu profond. Malgré cette circonstance, M. Boissonneau put construire un œil de moyenne grosseur (fig. 7). Le travail d'adaptation ne présenta rien de particulier, et, dès qu'il fut achevé, l'enfant fut conduit à M. Velpeau.

Depuis cette époque, M***, qui aujourd'hui est devenu un homme, puisqu'il a vingt-deux ans, n'a pas cessé de faire usage d'un œil artificiel, et, bien que ses parents aient souvent négligé de faire remplacer sa pièce dès qu'elle était usée, il n'est jamais survenu d'autre accident qu'une irritation momentanée, irritation causée par cette négligence, que l'emploi d'une pièce neuve a suffi pour faire disparaître.

Obs. *Cancer de l'œil. — Extirpation du globe; absence de sillon conjonctival, disposition particulière de la pièce prothétique.* — M. S*** est le fils d'un confrère allemand; à l'âge de vingt-trois ans, une dégénérescence cancéreuse de l'œil droit nécessita l'extirpation de cet organe. Comme ce jeune homme était élève en pharmacie à Bonn, il se fit opérer par le professeur de la clinique chirurgicale de l'Université. Il ne paraît pas que, dans ce cas, la méthode par énucléation pût être mise en pratique, car la cavité qui résulte de l'opération, bien que spacieuse, est très-irrégulière. La paupière supérieure seule est à peu près libre, et la paupière inférieure adhère dans toute son étendue aux tissus fibroïdes qui remplissent en partie l'orbite. Cette circonstance empêche le rapprochement des paupières, la cavité orbitaire reste béante et laisse voir les tissus rouges qui la tapissent.

M. S*** ne tarda pas à guérir; mais il lui resta une difformité des plus choquantes, il la cacha à l'aide d'un bandeau. M. S*** était jeune, il voulait et avait besoin de poursuivre sa carrière, il désirait même concourir pour une place que plus tard il obtint. Pour ces motifs, il résolut de faire appel aux ressources de la prothèse.

Malheureusement il fut mal renseigné et se dirigea vers les principales villes d'Allemagne pour chercher un artiste qui n'y existe pas. Il rencontra bien des collections d'yeux artificiels, fabriqués à l'avance, parmi lesquelles on choisit quelques pièces que l'on essaya de lui appliquer; mais, pour un cas semblable, le succès était impossible, aucune des pièces ne pouvait tenir en place; le principal obstacle qui frappa les oculistes qui firent ces essais, était l'absence absolue du sillon inférieur. Aussi, l'un d'eux essaya-t-il de détacher la paupière inférieure par plusieurs opérations successives, qui toutes échouèrent et laissèrent au

contraire la cavité dans des conditions beaucoup plus fâcheuses : le nombre des cicatrices avait augmenté, et les efforts tentés pour empêcher la réunion de la paupière avaient encore aggravé la difformité. Quoique découragé, M. S*** se décida enfin, en février 1855, à venir à Paris. Il consulta tout d'abord M. Sichel, qui ne vit d'espoir que dans la prothèse, et l'adressa à M. Boissonneau.

M. S*** se rend, accompagné de son père, chez cet ocularisté, qui constate l'état suivant : la cavité a conservé en largeur et en profondeur des dimensions moyennes ; mais de nombreuses brides cicatricielles en garnissent les parois. La paupière inférieure adhère dans toute son étendue aux tissus du fond de l'œil. Deux fortes brides occupant chacune un des angles de la cavité forment deux saillies assez prononcées. La paupière supérieure est libre ; mais les cicatrices qui s'y soudent l'empêchent de s'abaisser complétement. Le fond rouge de la cavité apparaît tout entier.

Dès les premiers essais, M. Boissonneau vit qu'il aurait à vaincre des obstacles sans nombre : en effet, la pièce, manquant de point d'appui, tombait au moindre mouvement. Lorsqu'il parvint à la faire tenir solidement, les contractions de l'orbiculaire la chassaient au dehors ; le moindre mouvement du regard faisait prendre une fausse direction à cette coque, parce qu'elle venait se heurter contre les cicatrices. Dans les contractions un peu fortes de la paupière supérieure, la pièce était entraînée en dedans, basculait, et sa face concave se présentait en avant. Cet obstacle fut un des plus difficiles à surmonter. M. Sichel, qui était témoin de ces tentatives, conseilla à M. Boissonneau d'appuyer l'œil artificiel sur une boulette de charpie placée dans le fond de l'orbite ; cet artifice réussit à peu près. Mais l'emploi de la charpie eut pour résultat d'entretenir un peu d'irritation de la muqueuse et d'augmenter ses sécrétions, tandis que l'émail n'a pas cet inconvénient ; au contraire, lorsqu'on le faisait succéder à la charpie, la muqueuse perdait de sa rougeur, la sécrétion muco-purulente diminuait, puis cessait rapidement. On chercha donc à faire bénificier complétement le malade des avantages qu'on avait déjà eu l'occasion de constater dans l'emploi de l'émail seul. Enfin, après un mois entier passé à faire des essais, M. Boissonneau construisit le modèle que représente la figure 8 ; dans ce dessin, la pièce est vue par sa face inférieure.

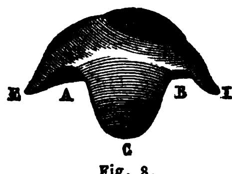


Fig. 8.

Cette pièce donna les résultats que l'on pouvait désirer dans un cas semblable. M. S*** pouvait faire toute espèce de mouvements sans craindre de voir tomber sa pièce, l'œil artificiel exécute assez bien les mouvements latéraux, ceux de bas en haut et de haut en bas sont nuls. Dans le regard direct, le parallélisme existe dans les deux yeux. La pièce a pu ramener l'ouverture palpébral, à une forme et à une étendue normales. Portée chaque jour, depuis le lever du malade jusqu'au moment où il se couche, cette coque d'émail n'occasionne aucune gêne. Les tissus de l'orbite ne portent pas la moindre trace d'irritation. La sécrétion et l'écoulement des larmes se font comme à l'état normal, sans mélange de sécrétions muco-purulentes.

Sept années se sont écoulées depuis que ces résultats ont été constatés ; M. S*** ainsi que son père disent que rien n'est changé à ce qui a été constaté pendant leur séjour à Paris. Le besoin de venir revoir M. Boissonneau, lorsque ses pièces doivent être renouvelées, ne s'est même pas fait sentir : il se borne à lui écrire toutes les fois qu'il a besoin de pièces.

Obs. *Cancer mélanique. — Extirpation de l'œil et des muscles. — Disposition insolite de la coque d'émail.* — M. l'abbé P***, âgé de cinquante ans, fut adressé, en 1856, à M. Boissonneau, par M. Desprès, chirurgien en chef de l'hospice de Bicêtre, qui lui avait pratiqué l'extirpation de l'œil droit. L'étendue de l'affection mélanique avait forcé ce chirurgien à enlever à la fois le globe, les muscles, ainsi que le tissu cellulo-graisseux de l'orbite. Contrairement à ce qui a lieu ordinairement, la cavité conserva toutes ses dimensions, et ne se remplit pas de végétations fibroïdes, ainsi que cela arrive après l'extirpation du globe; une couche mince de tissus cicatriciels garnissait seule la paroi osseuse.

M. l'abbé P*** était un littérateur très-distingué, grand travailleur, et sa santé, très-affaiblie par le travail, avait perdu toute vigueur. Le vide considérable qui existait dans cette région ne tarda pas à déterminer l'affaissement des paupières dans la cavité, et il en résulta une difformité si considérable, que, malgré la simplicité de ses mœurs, cet ecclésiastique désira qu'on pût y remédier.

Lorsque M. Boissonneau vit le malade, la cavité offrait l'étendue que nous venons d'indiquer; elle présentait dans son diamètre antéro-postérieur la forme d'un cône dont la base serait dirigée en avant. Il fallut encore pour ce cas sortir des moyens mis ordinairement en usage; la forme plus ou moins hémisphérique et concave des pièces de prothèse ordinaires était insuffisante: elles se perdaient dans la profondeur de cette cavité; on dut aller chercher un point de contact situé beaucoup plus en arrière qu'il ne se prend ordinairement. M. Boissonneau donna à sa pièce (fig. 9) une forme cylindro-conique d'avant en arrière; le sommet du cône A, s'appuyant sur le fond de la cavité, offrait une surface presque arrondie d'un demi-centimètre environ; mais la prudence commandait aussi de ne pas prendre le point d'appui exclusivement au fond de la cavité, de le répartir au contraire sur la plus grande étendue possible, afin d'opposer aux paupières, qui s'enfonçaient en dedans, une résistance suffisante pour les ramener en avant, sans cependant occasionner aucune irritation des tissus qui tapissaient l'orbite.

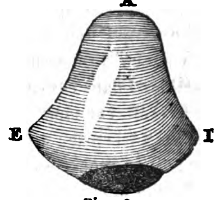


Fig. 9.

Dans ce but, comme aussi pour donner à la partie antérieure de la pièce la forme de l'œil sain, les deux parties qui devaient correspondre à chacun des deux angles de l'œil E, I, furent allongées et s'appuyèrent sur chacun de ces angles. De plus, toute la partie inférieure de la pièce fut évidée, afin de prendre encore un faible soutien sur la partie postérieure de la paupière inférieure. De cette manière les points de contact étaient aussi disséminés que possible.

La pièce, étant légère, se maintenait dans une position parallèle à l'œil sain, faisait disparaître l'enfoncement des paupières et n'occasionnait aucune fatigue. La conformation des yeux de M. l'abbé P***, naturellement enfoncés, rendait peu choquante l'absence de mobilité de cette pièce artificielle. A part cela, la difformité était complétement masquée.

Ce vénérable ecclésiastique n'a pas joui longtemps du service que la prothèse lui avait rendu; six mois après son opération il succombait, comme cela arrive le plus souvent, à une mélanose secondaire localisée dans le foie. Mais quinze jours avant sa mort, il portait encore sa pièce, qui, malgré son étendue et sa forme insolite, ne provoqua jamais la moindre inflammation dans la cavité orbitaire.

Nous croyons, en terminant, devoir insister sur la valeur de ces observations, car Mackensie, dans son excellent traité d'ophthalmologie dit: « Après l'extir-

pation de l'œil, il est rare qu'on puisse faire usage d'un œil artificiel. » Oui, cela est souvent vrai, surtout lorsqu'on veut placer une de ces pièces d'émail construites à l'avance. Toutefois, il arrive souvent aussi qu'un artiste habile parvient à surmonter les obstacles, en sachant donner aux coques artificielles une disposition en rapport avec la déformation de la cavité oculo-palpébrale. Nous avons fait dessiner de préférence les pièces de la collection des modèles de M. Boissonneau fils dont la construction s'éloignait le plus des formes ordinaires, afin de montrer le degré de perfection où est arrivée la prothèse oculaire. Ces résultats empêcheront désormais les chirurgiens de faire des tentatives opératoires analogues à celle de Dieffenbach, qui, à la suite d'une extirpation de l'œil, afin de faciliter l'adaptation d'une pièce artificielle, crut devoir combler une partie de l'orbite à l'aide d'un lambeau de peau emprunté à la tempe.

Dans ces cas, de même que dans ceux où il existe des adhérences et des brides cicatricielles, nous ne craignons pas de le répéter, il faut abandonner complètement l'œuvre de la restauration à l'habileté des artistes qui fabriquent les yeux artificiels.

Nous avons, en outre, choisi nos exemples parmi les observations dont les sujets portaient leurs pièces depuis de longues années, afin de rassurer les chirurgiens sur l'innocuité de l'intervention de la prothèse dans ces cas. Notre cher maître, M. Velpeau, en nous communiquant, entre autres faits de sa pratique, ceux que nous avons rapportés plus haut, nous disait qu'il ne croyait pas qu'il y eût en France un seul chirurgien qui hésitât à conseiller l'usage d'un œil artificiel dans ces cas. L'enseignement n'est pas encore aussi bien vulgarisé qu'il le croit, car nous lisons dans une note de la dernière traduction de l'ouvrage de Mackensie : « Est-il prudent de porter un œil artificiel lorsqu'on a dû subir l'extirpation pour une affection comme le squirrhe, le fongus et la mélanose ? Sans le proscrire d'une manière absolue en pareil cas, on peut dire qu'il faut s'empresser d'enlever la coque dès qu'elle provoque la moindre irritation. Les malades qui ont échappé à ces redoutables affections doivent s'estimer heureux de vivre même avec des paupières soudées. T. W. »

L'expérience clinique démontre l'absence de danger de l'usage d'un œil artificiel. La restauration n'est pas moins complète quand les pièces artificielles ne blessent pas les malades, que dans ceux où l'organe a été détruit par un traumatisme externe.

L'œuvre de la prothèse est seul difficile ; mais, comme son intervention est inoffensive, le praticien ne doit pas mettre en doute l'innocuité des pièces artificielles dans ces cas.

De la prothèse oculaire dans les cas de division des paupières ou coloboma.

Les blessures des paupières, lorsqu'elles ont été assez profondes pour atteindre et détruire le globe de l'œil, laissent souvent à leur suite une division de ces voiles membraneux. Les bords de la plaie, mal réunis, se sont cicatrisés isolément, et il reste entre eux un intervalle, affectant une disposition en V, auquel on a donné le nom de *coloboma*.

Le procédé opératoire à mettre en œuvre pour faire disparaître cette difformité est des plus simples ; il suffit d'aviver les bords des deux lambeaux, et, après les avoir soigneusement rapprochés, de les maintenir à l'aide de points de suture jusqu'à ce que la réunion en soit complète.

Mais doit-on chercher à rétablir dans tous les cas la continuité de la paupière, et ne peut-on nuire en agissant ainsi au succès de l'intervention de la prothèse ?

Lorsque la blessure a porté sur la paupière supérieure, comme ce voile est assez étendu, il arrive le plus souvent que le fond du sillon conjonctival n'a pas été intéressé, de sorte que les deux lambeaux de la plaie sont libres d'adhérences. Alors la chirurgie intervient avec succès, et, dans notre premier article, nous avons emprunté à la pratique du professeur Roux un fait de restauration d'un coloboma de la paupière supérieure, à la suite de laquelle on avait pu adapter un œil artificiel.

Il n'en est plus de même lorsque la solution de continuité existe à la paupière inférieure : presque toujours la blessure a atteint le sinus conjonctival dans toute sa hauteur, et l'une des lèvres de la plaie contracte toujours, dans ces cas, une adhérence avec le globe oculaire. Ici le racoutrement de la paupière ne pourrait que nuire à l'adaptation d'un œil artificiel, le mieux est de respecter le coloboma.

Voici un exemple de l'un des artifices réclamés de la prothèse, afin de parer à la difformité.

Obs. *Blessures intéressant à la fois la paupière inférieure et le globe. — Adhérence de l'une des lèvres de la plaie de la paupière au moignon oculaire. — Coloboma. — Disposition de la pièce afin de prévenir l'intervention de la blépharoplastie.* — M. le général X*** reçut en Afrique un coup de yatagan qui fendit la paupière inférieure de son œil droit, pénétra dans le globe, et lui fit à la joue une large incision. Cette blessure, pansée sur le champ de bataille, ne reçut pas tous les soins minutieux que l'on aurait pu lui donner dans d'autres circonstances. La perte de l'œil fit qu'on abandonna la plaie de la joue et celle de la paupière à la spontanéité de l'organisme. La cicatrisation eut lieu par seconde intention, et laissa un coloboma à la paupière inférieure et une adhérence entre le moignon oculaire et la lèvre externe de la solution de continuité.

Le général, continuant un service actif, ne put se résoudre à faire usage d'un bandeau, et se fit appliquer un œil artificiel. Malheureusement, les pièces dont il fit usage tout d'abord furent mal adaptées à la conformation de sa cavité orbitaire, elles blessaient la conjonctive en plusieurs points du sillon. La profondeur de ce sillon ne tarda pas à diminuer par la production de végétations, principalement vers la région temporale : l'adhérence aussi, irritée sans cesse, s'était beaucoup épaissie. Ces accidents l'engagèrent à changer d'ocularistе.

Lorsque le général vint trouver M. Boissonneau, la solution de continuité qui existait à la paupière inférieure avait conservé la forme d'un triangle, dont la base, tournée vers le bord ciliaire, mesurait environ 4 millimètres d'écartement ; elle laissait voir la conjonctive, qui était d'une couleur rouge vif. De plus, le sillon conjonctival ne présentait plus que 3 millimètres de profondeur, et la paupière adhérait au globe, comme nous l'avons dit, par une bride fortement épaissie.

Ainsi que le représente la figure 10, la nouvelle pièce que M. Boissonneau lui a adaptée, présente sur son bord inférieur une échancrure A, de façon à ne pas presser l'adhérence, comme aussi à ne pas entraver les mouvements de la pièce. Puis, à côté de cette échancrure, et aussi sur le segment inférieur de la sclérotique que laissait voir l'ouverture produite par le coloboma, cet artiste a donné à l'émail une teinte couleur de chair en rapport avec celle de la peau de la paupière, afin de masquer le mauvais

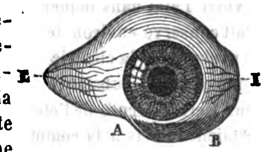


Fig. 10.

effet que produisait la couleur blanche des yeux artificiels dont le général avait fait usage auparavant.

Cette teinte A, B, donnée au bord inférieur de la pièce ne remplaçait pas la perte de substance de la paupière; mais au moins elle rendait la difformité peu apparente, car à la distance de quelques pas on croyait à l'intégrité du voile palpébral.

On remarquera peut-être que toute la partie externe de la pièce E est très-étroite. Cette conformation était nécessitée par le peu de profondeur des sinus inférieur et supérieur de la conjonctive, résultant de la présence des végétations dont nous avons parlé plus haut.

De la prothèse dans les cas de perte de substance de l'une des paupières.

Les cas dans lesquels la violence traumatique ou la maladie vient détruire une portion de l'une des paupières, en même temps que le globe de l'œil, présentent des difficultés si considérables, que nous ne connaissons pas d'exemple de tentative de restauration prothétique.

Malgré les progrès réels accomplis par la chirurgie réparatrice, il n'y a pas non plus à songer à tenter une blépharoplastie utile. Aujourd'hui encore, quoique l'on prétende le contraire, on peut répéter avec Celse : « *Si palpebra tota deest, nulla id curatio restituere potest.* » Quand la peau de la paupière seule manque on peut la remplacer par la peau du voisinage; mais il n'y a pas seulement la peau dans une paupière, il y a un cartilage, des cils, des muscles, de sorte que, lorsque toute l'épaisseur du voile membraneux fait défaut, il n'y a plus de restauration organique possible. Le lambeau de tégument nouveau ne présenterait pas, d'ailleurs, le caractère le plus saillant de l'organe : la mobilité.

Il est même douteux qu'on pût, après l'œuvre de racoutrement, adapter un œil artificiel. Du reste, pour un si mince résultat, il ne viendra jamais à l'esprit d'un chirurgien de pratiquer une blépharoplastie.

Ceci nous engage à consigner dans cette note un très-ingénieux essai de restauration prothétique tenté sur un jeune officier de l'armée de Crimée.

Obs. *Destruction du globe oculaire et des deux tiers externes de la paupière supérieure par un coup de feu, application d'un œil artificiel en émail supportant une paupière en cire.* — M. B***, sous-lieutenant dans un régiment d'infanterie, lors de l'assaut de la tour Malakoff (Crimée), fut atteint par un projectile qui vint frapper l'œil droit et emporter les deux tiers de la paupière supérieure. Une ophthalmie intense, suivie de la fonte de la cornée, fut la conséquence de cette blessure.

Lorsque ce jeune officier fut de retour en France, le désir de ne pas voir sa carrière brisée lui fit consulter un chirurgien habile, M. le docteur Guépin (de Nantes), qui, jugeant toute tentative d'autoplastie impossible, l'adressa à M. Boissonneau fils, comme à l'artiste le plus capable de parer à sa mutilation, à l'aide d'une pièce prothétique.

Voici l'état dans lequel se présentaient les parties : le globe oculaire atrophié avait conservé environ les 5/6 de son volume normal, sa forme était régulièrement arrondie, la cicatrice de la cornée très-petite. Ces lésions étaient compliquées d'une perte de substance de la paupière supérieure, que l'on peut évaluer aux deux tiers externes de l'étendue de ce voile membraneux; 3 millimètres environ restaient intacts à la commissure externe, la portion épargnée dans le grand angle avait un peu moins de 1 centimètre. La mutilation mesurait environ 20 millimètres de longueur, sur une hauteur moyenne de 6 millimètres. La

figure 11 permet de se rendre compte de la forme de cette lésion et des dimensions de la perte de substance.

L'on se représente aisément l'aspect disgracieux de la région oculaire : un globe blanc, volumineux, roulant dans son orbite, largement découvert par la perte de substance de la paupière supérieure, ainsi que la large cicatrice rouge que présentait celle-ci.

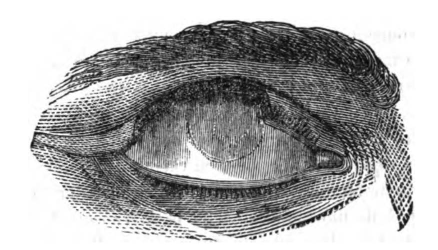


Fig. 11.

M. B*** faisait usage d'un bandeau, cela non-seulement pour masquer sa difformité, mais surtout pour mettre le globe oculaire à l'abri de l'action de l'air et le protéger contre la poussière. L'emploi de ce bandeau était d'un très-fâcheux aspect sur la figure d'un jeune officier de vingt-deux ans. De plus, M. B*** désirait continuer sa carrière brillamment commencée, puisque déjà il était décoré de la médaille militaire, de la croix de la Légion d'honneur et de celle du Mitidjé. Il ne fallait pas tant de motifs pour inciter le zèle de M. Boissonneau fils. Notre habile oculariste s'occupa d'abord de la prothèse de l'œil ; du succès de celle-ci devait, en effet, dépendre ce qu'on pourrait tenter pour la restauration artificielle de la paupière.

La tolérance du moignon oculaire n'était pas douteuse ; la paupière inférieure offrait un point d'appui suffisant pour supporter la coque d'émail ; il restait à utiliser les lambeaux de la paupière supérieure pour maintenir cette pièce et assurer sa solidité, car l'extrême mobilité du moignon oculaire devait lui imprimer des mouvements très-prononcés. L'étendue du lambeau interne devait permettre de maintenir la partie correspondante de l'œil artificiel ; la conservation de la commissure externe suffit heureusement pour retenir l'extrémité opposée de la pièce.

L'aspect général de l'œil, son volume, la coloration de ses diverses parties et même la direction du regard, tout cela fut obtenu sans trop de difficultés ; mais la difformité était loin d'avoir disparu ; la large échancrure de la paupière supérieure laissait voir une grande étendue de la partie supérieure de la pièce. Or, le blanc de l'émail représentant la sclérotique, et le rouge vif de la cicatrice palpébrale faisaient vivement désirer qu'on pût les masquer, en adaptant à la partie supérieure de la pièce une portion de paupière artificielle qui vînt combler la perte de substance de ce voile.

Plusieurs moyens se présentaient. Celui qui devait le plus séduire M. Boissonneau était le modelage de la paupière avec l'émail, il en avait tous les matériaux sous la main, et c'est toujours un avantage quand le même artiste peut exécuter les diverses parties d'une pièce. Toutefois, les essais qu'il avait vu tenter par son père lui avaient démontré l'insuffisance de cette matière pour la restauration des tissus cutanés. En effet, l'aspect de l'émail est toujours

brillant, tandis que la teinte de la peau est mate; sous ce rapport, l'imitation est donc grossière. Ensuite, l'impossibilité d'implanter des cils dans la paupière artificielle ajoute à son imperfection. Au point de vue de l'usage, on peut encore reprocher à l'emploi de cette substance de donner trop de poids aux pièces, de les rendre trop fragiles. Enfin, une dernière considération, et non moins importante, c'est que les difficultés que présente leur exécution en rendent le prix fort élevé. Notre ocularisle se borna à fabriquer avec l'émail une pièce destinée seulement à servir de modèle, puis il se mit à étudier la valeur des diverses autres matières proposées pour la construction des paupières artificielles, principalement la cire et la gutta-percha. Cette dernière présente l'avantage d'être très-résistante et de se colorer avec assez de facilité, mais son modelage offre plus de difficultés que celui de la cire, et, d'ailleurs, elle imite moins bien l'aspect de la peau. La cire, en raison de sa demi-transparence, est la substance à laquelle on devait donner la préférence dans ce cas.

Ce choix fait, M. Boissonneau alla porter la pièce complète qu'il avait construite en émail à M. Talrich, modeleur en cire de la Faculté de médecine, et le pria de coller sur un œil artificiel, disposé à cet effet, une portion de paupière de la dimension de celle qui avait été enlevée et se raccordant avec les deux lambeaux restants, P (fig. 12). Ainsi restaurée, non-seulement cette paupière eût la même forme, le même aspect, la même couleur que l'autre paupière saine, mais encore des cils convenablement implantés formaient avec ceux qui restaient une ligne irréprochable. Toute la partie supérieure de la portion de paupière en cire se confondait si bien dans le pli de la paupière naturelle, que le raccordement de la pièce artificielle avec les parties saines était à peine sensible aux deux extrémités.

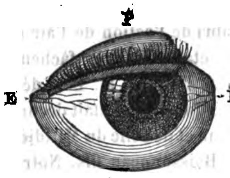


Fig. 12.

Enfin, M. Boissonneau avait donné au bord de la pièce qui devait recevoir la cire une forme appropriée et conformée de telle façon, que la surface polie de l'émail fût seule en contact avec la muqueuse. Par cette disposition, l'usage de la pièce ne causa aucune gêne, et sa légèreté la rendit aussi facilement supportable qu'un œil artificiel ordinaire.

Les détails dans lesquels nous n'avons pas craint d'entrer prouvent que, dans ce cas, l'œuvre de la prothèse ne laissait rien à désirer ; aussi grande fut la surprise des personnes qui connaissaient M. B***, et surtout celle des chirurgiens qui avaient été consultés, lorsqu'ils furent témoins du beau résultat obtenu par M. Boissonneau fils.

Avant de quitter Paris, ce jeune officier, non-seulement emporta plusieurs yeux artificiels, qui tous étaient garnis de leur fragment de paupière en cire; mais il prit quelques leçons de M. Talrich, qui lui permettent de modeler lui-même sa paupière artificielle. Chaque semaine, il consacre environ un quart d'heure à la réparation de ses pièces, et, grâce au secours merveilleux de la prothèse, il a pu continuer son service dans l'armée active.

(La suite au prochain numéro.)

Séance annuelle de l'Académie de médecine. — Distribution des prix.

L'Académie de médecine, fidèle à ses traditions, a tenu sa séance annuelle le 9 décembre, sous la présidence de M. le professeur Bouillaud, et devant une

assistance des plus nombreuses. L'empressement du corps médical à se rendre à cette solennité prouve l'intérêt qu'excitent toujours les jugements de la docte assemblée. En effet, le rapport du secrétaire annuel, par les appréciations des questions mises au concours et de la manière dont les divers concurrents ont envisagé et traité leur sujet ne constitue pas seulement une œuvre de critique médicale, il signale encore les faits nouveaux que ces travaux nombreux apportent à l'édification de la science. Pendant que ces rapports annuels mettent en relief la part des médecins étrangers à l'Académie dans l'œuvre commune, les *éloges* prononcés par le secrétaire général viennent apprécier l'influence que les membres éminents de la savante compagnie ont exercée sur le mouvement de la science. Pourquoi ne pas livrer l'œuvre du secrétaire annuel à une publicité immédiate? L'Académie, en éclairant les concurrents, ne se verrait pas réduite, comme hier encore, à n'accorder qu'un seul des cinq prix qu'elle avait à distribuer.

Le secrétaire de l'Académie, M. Béclard, s'est acquitté de sa tâche avec un grand talent d'exposition et un grand sens critique. La péroraison de son discours a été surtout applaudie. Les libéralités de notre jeune et regretté confrère, Ernest Godard, qui viennent constituer un nouveau prix à distribuer par l'Académie, ont conduit M. Béclard à rappeler la vie si courte de ce jeune savant, et il l'a fait en termes qui ont ému l'assistance.

Le discours de M. Dubois (d'Amiens) a obtenu un succès plus grand encore. On semblait douter que l'éminent secrétaire général pût composer un éloge pur et complet. La noble carrière de M. Thénard, membre associé de l'Académie, est venue fournir à M. Dubois une occasion d'avoir toujours à louer et souvent à admirer, et il a trouvé dans cette condition « une indicible satisfaction. » Les louanges accordées au nouvel éloge prononcé par M. le secrétaire perpétuel ont été universelles et sans restrictions.

DISTRIBUTION DES PRIX DE 1862.

Prix de l'Académie. — L'Académie avait proposé pour question : « Déterminer, en s'appuyant sur des faits cliniques : 1° quelle est la marche *naturelle* des diverses espèces de pneumonies, considérées dans les différentes conditions physiologiques des malades; 2° quelle est la valeur relative de l'expectation dans le traitement de ces maladies. » L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde : 1° une récompense de 600 francs à M. le docteur Duclout, médecin à Sainte-Marie-aux-Mines; 2° un encouragement de 400 francs à M. le docteur Molland, de Paris; 3° une mention honorable à M. le docteur Daudé, médecin à Marvéjols (Lozère).

Prix fondé par M. le baron Portal. — « Des obstructions vasculaires du système circulatoire du poumon et des applications pratiques qui en découlent. » Un seul mémoire a été envoyé à ce concours. L'Académie ne juge pas qu'il y ait lieu de lui décerner le prix; mais elle accorde, à titre d'encouragement, une somme de 300 francs à MM. G. Colin et Goubaux.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — « Déterminer la part de la médecine morale dans le traitement des maladies nerveuses. » Dix mémoires ont été soumis à l'examen de l'Académie; aucun ne lui a paru digne du prix; mais elle accorde : 1° une récompense de 1,000 francs à M. le docteur Padioleau, médecin à Nantes; 2° un encouragement de 500 francs à M. le docteur Pasturel, médecin à Alban (Tarn); 3° un encouragement de 500 francs à M. le docteur Artance, médecin à Clermont-Ferrant; 4° une mention honorable à M. le docteur Piedvache, médecin à Dinan (Côtes-du-Nord); 5° enfin, une mention honorable à M. le docteur Charpignon, médecin à Orléans.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — Ce prix, qui est annuel, devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables jusqu'à présent, comme : la

rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (Extrait du testament.) Des encouragements pouvaient être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqné dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés. Onze ouvrages ou mémoires ont été soumis au jugement de l'Académie ; aucun d'eux n'a paru mériter le prix; mais elle accorde : 1° à titre de récompense, un encouragement de la valeur de 2,000 francs à M. le docteur Kœberlé, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, pour sa relation de deux opérations d'ovariotomie pratiquées avec succès ; 2° un encouragement de la valeur de 1,000 francs à MM. les docteurs Charcot et Vulpian, agrégés à la Faculté de médecine de Paris, pour leur mémoire sur l'emploi du nitrate d'argent dans le traitement de l'ataxie locomotrice progressive.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — « Du pemphigus des nouveau-nés. » L'Académie décerne le prix à MM. Olivier et Ranvier, internes des hôpitaux de Paris. Des mentions honorables sont accordées à M. Paul Fèvre, docteur-médecin à Bassou (Yonne), et à M. Desruelles, docteur-médecin à Paris.

Prix fondé par M. Orfila. — L'Académie avait remis au concours, conformément aux prescriptions de M. Orfila, la question relative aux champignons. Aucun des mémoires présentés n'a été jugé digne du prix, et l'Académie, pour rester fidèle au vœu exprimé par le testateur, n'a pu décerner ni récompense, ni encouragement en dehors du prix.

PRIX ET MÉDAILLES ACCORDÉS A MM. LES MÉDECINS VACCINATEURS POUR LE SERVICE DE LA VACCINE EN 1861.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder :

1° Un prix de 1,500 francs partagé entre :

M. Renault, chirurgien de l'hospice des aliénés à Alençon (Orne), déjà honoré de plusieurs médailles, et signalé de nouveau par M. le préfet pour le zèle qu'il apporte depuis trente-cinq ans à la propagation de la vaccine.

M. Sigalas, officier de santé à Marmande (Lot-et-Garonne), recommandé par M. le préfet pour le zèle soutenu avec lequel il cherche à propager la vaccine dans le département.

M. Testel, docteur en médecine à Paris, pour le dévouement avec lequel, depuis de longues années, il pratique la vaccine dans un quartier pauvre et populeux ; pour les intéressants mémoires qu'il ne cesse d'envoyer à l'autorité, et principalement pour le remarquable travail qu'il a adressé cette année à l'Académie, sur la pratique de la vaccine en France.

2° Des médailles d'or :

1° A MM. les docteurs Herbet et G. Lenoel, professeurs à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens (Somme), pour leur travail très-important et très-complet, intitulé : *Recherches historiques sur la petite vérole et sur la vaccine.*

2° A M. Mordret, docteur en médecine au Mans (Sarthe), directeur de la vaccine pour le département ; M. le préfet fait remarquer que, grâce aux soins constants de ce praticien, le service vaccinal marche avec régularité, et qu'il fournit de vaccin la plupart des médecins du département.

3° A M. Rebory, docteur en médecine à Digne (Basses-Alpes), médecin cantonal, conservateur et propagateur du virus-vaccin dans tout le département. M. Rebory est placé chaque année en tête des principaux vaccinateurs ; il adresse régulièrement un travail bien fait sur sa pratique vaccinale. M. le préfet le recommande et se plaît à rendre justice à son dévouement.

4° A M. Ménard (Alphonse), docteur en médecine à Cette (Hérault). Ce médecin est depuis plusieurs années l'objet de recommandations pressantes de M. le préfet, qui le signale comme un des praticiens les plus honorables de son département, et comme celui qui concourt le plus, par un zèle exceptionnel, à la propagation de la vaccine.

Cent médailles d'argent sont en outre décernées aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre des vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie.

Médailles accordées à MM. les médecins des épidémies.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1861 :

1° Deux médailles d'or :

L'une à M. le docteur Guipon (de Laon), l'autre à M. le docteur Jacquez (de Lure), tous deux déjà honorés de médailles d'argent et de plusieurs rappels de médailles et s'étant encore cette fois distingués, le premier par son rapport sur les épidémies observées dans plusieurs communes de l'arrondissement de Laon (Aisne); le second par ses études topographiques et son rapport sur une épidémie de dysenterie observée dans plusieurs communes du canton de Faucogney (Haute-Saône).

Cette rémunération exceptionnelle était due à ces deux infatigables médecins, aussi remarquables par la persévérance de leur zèle que par le mérite de leurs travaux.

2° Médailles d'argent à :

M. Mavel (Joseph) (d'Ambert), pour ses études topographiques du canton d'Ambert (Puy-de-Dôme).

M. Bourdin (de Choisy-le-Roy), pour sa relation d'une épidémie de fièvre éruptive (rougeole) observée dans plusieurs communes du canton de Choisy-le-Roy (Seine-et-Oise).

M. Chairou (de Rueil), pour son mémoire sur l'épidémie de suette miliaire observée dans la ville de Rueil (Seine-et-Oise).

M. Larivière, médecin militaire de première classe, pour sa relation d'une épidémie de variole observée à Tien-Tsin, dans l'armée d'expédition (Chine).

M. Mignot (de Ganat), pour son rapport sur les épidémies de coqueluche et de fièvre typhoïde observées dans l'arrondissement de Ganat (Allier).

M. Boterel (de Saint-Malo), pour ses études topographiques et son rapport sur une épidémie de dysenterie observée dans plusieurs communes de l'arrondissement de Saint-Malo (Ille-et-Vilaine).

M. Chevreuse (de Mirecourt), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde observée dans le couvent de Portieux, arrondissement de Mirecourt (Vosges).

M. Demonchaux (de Saint-Quentin), pour ses rapports sur les épidémies de variole et de fièvre typhoïde observées dans plusieurs communes de l'arrondissement de Saint-Quentin (Aisne).

3° Médailles de bronze à :

M. Rouault (de Couësquelin), pour son rapport sur une épidémie de dysenterie observée dans la commune de Saint-Guinoux (Ille-et-Vilaine).

M. Marmy, médecin principal de l'armée, pour ses études des eaux de Saint-Etienne et sa relation d'une épidémie de fièvre typhoïde observée dans la garnison de cette ville (Loire).

M. Bernard (de Prangey), pour son rapport sur une épidémie de dysenterie observée dans le canton de Longeau (Haute-Marne).

M. Vicherat (de Nemours), pour son rapport sur une épidémie d'angine couenneuse observée dans plusieurs communes de l'arrondissement de Nemours (Seine-et-Marne).

M. Jourdeuil, médecin major de première classe, pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde observée à l'hôpital militaire de Maubeuge (Nord).

M. Balme-du-Garay, pour son rapport sur l'état sanitaire et une épidémie de l'arrondissement du Puy (Haute-Loire).

M. Palanchon (de Cuisery), pour son rapport sur les épidémies du canton de Cuisery (Saône-et-Loire).

M. Dagorreau (de Saint-Calais), pour sa relation d'une épidémie de diphthérite observée dans les cantons de Lachartre-sur-Loire (Sarthe).

M. Lemaistre (de Limoges), pour son rapport sur des épidémies éruptives observées dans plusieurs communes de l'arrondissement de Limoges (Haute-Vienne).

M. Martin-Duclaux, pour sa relation d'une épidémie de coqueluche observée dans l'arrondissement de Villefranche (Haute-Garonne).

4° Rappels de médailles à :

M. Lecadre (du Havre), pour son rapport sur une épidémie d'angine couenneuse observée au Bec-de-Mortagne (Seine-Inférieure). — Troisième rappel de médaille.

M. Haime (de Tours), pour son rapport sur l'épidémie de fièvres intermittentes observée dans la commune de Lachapelle-sur-Loire (Indre-et-Loire). — Deuxième rappel de médaille.

M. Carassus (de Milly), pour son rapport sur une épidémie de variole observée dans le canton de Milly (Seine-et-Oise). — Deuxième rappel de médaille.

M. Emile Bordes (de Beauvais), pour son rapport sur une épidémie de dysenterie observée dans l'arrondissement de Beauvais (Oise). — Deuxième rappel de médaille.

5° Mentions honorables à :

M. Cagnion (de Vitry-le-Français), pour ses études topographiques et sa relation d'une épidémie de dysenterie observée dans la commune de Coule (Marne).

M. Lemoine (de Château-Chinon), pour sa relation d'une épidémie de dysenterie observée dans la commune d'Arleuf (Nièvre).

M. Lariche (de Lormes), pour son rapport sur une épidémie de dysenterie observée dans plusieurs communes de l'arrondissement de Clamecy (Nièvre).

M. Lemaire (de Cosne), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde observée dans plusieurs communes de l'arrondissement de Cosne (Nièvre).

M. Aguilhon (de Riom), pour son rapport sur une épidémie de dysenterie observée dans plusieurs communes de l'arrondissement de Riom (Puy-de-Dôme).

M. Lacaze (de Montauban), pour son rapport sur les épidémies de fièvre typhoïde et de dysenterie observées dans l'arrondissement de Montauban (Tarn-et-Garonne).

M. Suquet, médecin sanitaire à Beyrout, pour sa relation d'une épidémie de fièvre continue observée à Beyrout (Syrie).

M. Guy (de Bonneville), pour son rapport sur une épidémie de fièvres intermittentes observée dans la commune de Maglan (Haute-Saône).

M. Douriff (de Clermont-Ferrand), pour son rapport sur une épidémie de goître aigu observée à l'hôpital de Clermont (Puy-de-Dôme).

M. Mialet (de Gourdon), pour son rapport sur une épidémie de dysenterie observée dans plusieurs communes de l'arrondissement de Gourdon (Lot).

(Nous publierons dans notre prochain numéro la liste des récompenses accordées aux médecins inspecteurs des eaux minérales.)

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1863.

(Voir notre livraison du 30 décembre dernier, *Bulletin de Thérapeutique*, t. LXI, p. 564.)

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1864.

Prix de l'Académie. — La question proposée par l'Académie est celle-ci : « Etudier, d'après des faits cliniques, les complications qui, dans le cours du rhumatisme aigu, peuvent survenir du côté des centres nerveux et de leurs enveloppes. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M le baron Portal. — L'Académie propose la question suivante : « Déterminer quel est l'état des nerfs dans les paralysies locales. » Ce prix sera de la valeur de 600 francs.

*Prix fondé par M*me *Bernard de Civrieux.* — L'Académie met au concours cette question : « Faire l'histoire de l'ataxie locomotrice progressive. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — L'Académie met au concours cette question : « Des vomissements incoercibles pendant la grossesse. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Itard. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. Ce prix sera de la valeur de 3,000 francs.

Prix fondé par M. Orfila. — Ce prix, qui ne peut pas être partagé, doit porter tantôt sur une question de toxicologie, tantôt sur une question prise dans les autres branches de la médecine légale. L'Académie, pour se confor-

mer aux prescriptions de M. Orfila, propose, pour la troisième fois, la question relative aux champignons vénéneux, formulée ainsi qu'il suit : 1° Donner les caractères généraux pratiques des champignons vénéneux, et surtout les caractères appréciables pour tout le monde ; 2° Rechercher quelle est l'influence du climat, de l'exposition, du sol, de la culture et de l'époque de l'année, soit sur les effets nuisibles des champignons, soit sur leurs qualités comestibles ; 3° Isoler les principes toxiques des champignons vénéneux, indiquer leurs caractères physiques et chimiques, insister sur les moyens propres à décéler leur présence, en cas d'empoisonnement ; 4° Examiner s'il est possible d'enlever aux champignons leurs principes vénéneux ou de les neutraliser, et, dans ce dernier cas, rechercher ce qui s'est passé dans la décomposition ou la transformation qu'ils ont subie ; 5° Etudier l'action des champignons vénéneux sur nos organes, les moyens de la prévenir et les remèdes qu'on peut lui opposer. Ce prix sera de la valeur de 6,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — (Voir plus haut les conditions du concours.) Ce prix sera de la valeur de 3,000 francs.

Les mémoires pour les prix à décerner en 1864 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars de la même année. Ils devront être écrits en français ou en latin.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (Décision de l'Académie du 1er septembre 1858.)

Toutefois, les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil, Barbier et Amussat sont exceptés de ces dispositions, ainsi que les concurrents au prix fondé par M. Capuron pour la question relative aux eaux minérales.

L'ouverture de l'année scolaire de l'Académie de Strasbourg a eu lieu le 15 du mois dernier. Le buste du regretté professeur Forget, dû au ciseau de M. Grass et exécuté en marbre, grâce au produit de la souscription ouverte l'an dernier, décorait un des angles de l'estrade. Après un discours très-applaudi du recteur, le secrétaire de l'Académie a proclamé le nom des lauréats, savoir : *Première année :* prix, M. Robert ; — *Deuxième année :* prix, M. Faucon ; mentions très-honorables, MM. Cousin et Barthélemy ; — *Troisième année :* prix, M. Chauvel. Des récompenses ont été en outre accordées aux auteurs des meilleures thèses soutenues pendant les années 1859-1860 et 1860-1861.

Le général Garibaldi vient d'adresser la lettre suivante à M. le professeur Nélaton :

« Pise, 5 décembre 1862.

« Mon bien cher ami,

« Je vous dois une parole d'amour et de gratitude ; votre apparition à la Spezia m'a apporté le bonheur, et si jamais quelque doute avait pu traverser mon esprit malgré les soins paternels et savants des chirurgiens qui me soignaient, après votre visite si éminemment sympathique, après votre parole si sublimement encourageante, je n'ai plus douté de ma guérison.

« Je suis beaucoup mieux depuis l'extraction de la balle, opérée si habilement par notre illustre compatriote, le professeur Zanetti, et avec les instruments que vous avez eu la bienveillance de m'envoyer. Demain on m'appliquera un bandage fixe, et j'espère pouvoir bientôt me mouvoir sur des béquilles.

« Que Dieu vous bénisse ! ainsi que ces hommes vertueux dont les principes humanitaires ont honoré en vous le savant éminent et le bienfaiteur désintéressé.

« Votre dévoué,

« GARIBALDI. »

Nous avons fait allusion plus haut aux libéralités de M. Ernest Godard : le mot n'est pas forcé. Outre la dotation qui permet à l'Académie de médecine de distribuer annuellement un nouveau prix, ce jeune et regretté savant, voulant témoigner de ses sentiments pour l'institution de l'internat et pour les jeunes gens qui y débutent avec distinction, a, dans son testament, daté de Jérusalem, légué à l'administration de l'Assistance publique le capital d'une rente de 200 francs, 3 pour 100, pour donner chaque année au premier interne nommé une trousse ou une boîte d'instruments, à son choix. Ce don sera remis au nom du testateur.

M. Ernest Godard a voulu aussi témoigner de l'intérêt qu'il portait aux malades recueillis dans les hôpitaux, et il a laissé à l'administration de l'Assistance publique une somme de 7,000 francs pour fonder des bibliothèques à l'usage des malades dans les hôpitaux de la Charité, Necker et du Midi.

L'administration, qui ne néglige aucune mesure tendant à fortifier et encourager l'internat, et qui a déjà commencé à mettre dans plusieurs de ses établissements des moyens de distraction et de lecture à la disposition de ses administrés, a accepté ces legs avec reconnaissance, et elle s'occupe de les exécuter avec le concours empressé de la famille de M. Godard et de son exécuteur testamentaire, M. le docteur Charles Robin, professeur à la Faculté de médecine.

La chirurgie française vient de faire une perte des plus douloureuses. M. Robert a succombé, à peine âgé de soixante et un ans. Chirurgien distingué de nos hôpitaux, ancien agrégé de la Faculté de médecine, membre de l'Académie et de la Société de chirurgie, professeur d'anatomie à l'Ecole des beaux-arts, officier de la Légion d'honneur, etc., M. Robert devait ses titres à un travail soutenu et à des qualités personnelles peu communes. Le *Bulletin de Thérapeutique* lui doit un bon nombre de ses meilleurs articles de chirurgie pratique.

Nous avons également à enregistrer la mort regrettable de M. Lassalvy, professeur agrégé de la Faculté de Montpellier.

M. le professeur Velpeau vient d'être nommé membre de l'Institut de Bologne.

Le projet d'érection, à Montpellier, des statues de Lapeyronie et de Barthez, dont l'initiative est due à M. le professeur Bouisson, va être mise prochainement à exécution.

M. le docteur Devilliers a été nommé membre de l'Académie de médecine par 43 suffrages contre 24 donnés à son compétiteur, M. Blot.

Un concours pour l'agrégation dans la section des sciences anatomiques et physiologiques est actuellement ouvert devant la Faculté de médecine de Montpellier. Le jury se compose de MM. Donné, président ; Bérard, Benoît, Rouget, Courty, Buisson, Jacquemet. Un seul candidat s'est fait inscrire : M. le docteur Camille Bertrand, prosecteur de cette Faculté.

La rentrée solennelle des Facultés et de l'Ecole de médecine de Toulouse a eu lieu le 20 novembre. Lauréats : MM. Raymond, Filhol, Vieusse, Desplats (deux prix), Lagrèze-Fossat, Ladevèze, Raynaud, Sylvestre, Prasdines, Dumas, Richemin, Grouve. — Prix Lasserre : M. Dessaus.

Celle de Lyon a eu lieu le même jour. Les lauréats sont : MM. François, Lucain, Michaud, Bozonet, Aubert et Poullet.

M. Guérineau, professeur suppléant, a été nommé professeur adjoint pour la chaire de clinique externe à l'Ecole de médecine de Poitiers.

M. Maillard, professeur suppléant pour les chaires de médecine proprement dites à l'Ecole préparatoire de Dijon, est nommé en outre chef des travaux anatomiques à ladite Ecole, en remplacement de M. Gruère, dont la démission est acceptée.

Par arrêté du 1er décembre, M. Bourbouze est nommé préparateur de physique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, en remplacement de M. Baudrimont, qui est nommé préparateur d'histoire naturelle à ladite Ecole (emploi nouveau).

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.



THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Note sur l'extrait aqueux de foie de morue comme agent thérapeutique.

Des analyses entreprises par MM. Despinoy et ....., de Lille, sur le liquide qui s'écoule des foies de morue en fermentation pour la préparation de l'huile, ont démontré des faits fort remarquables, à savoir : d'abord, que ce liquide contient tous les principes de l'huile de foie de morue, plus une grande quantité de propylamine et d'icthyoglycine; que tous ces principes y existent dans une proportion bien plus considérable que dans les huiles; que les principes réputés *actifs* dans les huiles, tels que l'iode, le brome, le soufre et le phosphore, progressent en quantité dans ce liquide, au fur et à mesure que les huiles se colorent et que la fermentation augmente.

Ces chimistes ont eu dès lors la pensée de ramener le liquide à l'état d'extrait, de manière à l'employer à l'état pilulaire en médecine, dans les cas qui réclament l'usage de l'huile de foie de morue, et, suivant eux, les médecins qui s'en sont déjà servis dans leur pratique médicale en auraient obtenu d'excellents résultats.

Ces faits ont été portés à la connaissance de l'Académie, dans un mémoire qui a été renvoyé à une Commission, dont M. Devergie était rapporteur.

Des expériences pratiques ont été faites à l'hôpital Saint-Louis par ce médecin, et à l'hôpital Sainte-Eugénie par M. Bergeron, mais dans deux cas seulement pour ce qui concerne l'expérimentation, à cet hôpital, tandis que les essais ont porté sur 14 malades au-dessus de quinze ans, tant à l'hôpital Saint-Louis qu'en ville, par M. Devergie.

M. Devergie a tout d'abord cherché à établir une comparaison entre l'efficacité de ces pilules dans les maladies scrofuleuses et celle de l'huile de foie de morue, et il a été conduit aux résultats suivants :

L'administration progressive des pilules, depuis deux par jour jusqu'à huit, a démontré qu'on ne pouvait pas les employer impunément ; qu'arrivé à cette dose, il fallait en suspendre l'usage, et dans quelques cas donner un purgatif en raison de l'anorexie qu'elles amenaient et de l'état saburral des premières voies qu'elles déterminaient, accidents d'ailleurs comparables à ceux qui se montrent pendant les premiers temps de l'administration de l'huile de foie de morue à haute dose.

En second lieu, l'usage modéré et prolongé de ces pilules a donné

une amélioration notable dans la santé des jeunes malades, en augmentant les forces assimilatrices, et en agissant encore, dans ce cas, à la manière des huiles de poisson données à petite dose.

Mais, lorsqu'après un temps assez considérable de leur emploi, on est venu à contrôler leurs effets en ce qui concerne les *accidents scrofuleux*, ganglions alors ulcérés ou ulcérés depuis, etc., alors elles ont montré leur infériorité sous ce rapport, car M. Devergie n'a pu obtenir de guérison complète, et, dans la totalité des cas, il a été obligé de revenir à l'usage de l'huile de foie de morue.

Toutefois, il a donné, dans son rapport, une certaine valeur à ce médicament,—qui n'avait pas été proposé comme appelé à remplacer les huiles de foie de morue ou de squale, mais plutôt comme un médicament propre à suppléer aux huiles dans les cas où les huiles ne peuvent pas être supportées par les malades,—en citant la chlorose, l'anémie, les digestions difficiles, la tuberculisation pulmonaire *menaçante*, comme les principaux cas dans lesquels ces pilules pouvaient être employées. Plusieurs médecins de Lille attestaient leur efficacité sous ces divers rapports.

L'administration de l'huile de foie de morue est quelquefois impossible. Les praticiens eussent été heureux de trouver un médicament qui, administré à l'état pilulaire, pût obvier aux difficultés de son usage dans bon nombre de cas.

Mais les analyses de MM. Despinoy et ..... sont intéressantes à d'autres points de vue. La présence, en proportion bien plus considérable, des éléments auxquels beaucoup de chimistes et de médecins ont attribué jusqu'ici l'efficacité de l'huile de poisson, comparée aux essais thérapeutiques qui viennent d'être consciencieusement entrepris, démontre jusqu'à l'évidence que ce n'est pas à ces principes seuls qu'il faut attribuer l'efficacité de l'huile de foie de morue dans la scrofule, mais bien à un principe inconnu à l'égard duquel la chimie n'a rien appris jusqu'alors ; que la propylamine et l'icthyoglycine, sur lesquelles on fondait un grand avenir, ne sont pas plus que l'iode, le phosphore, le brome et le soufre, les éléments thérapeutiques essentiels de l'huile de foie de morue, puisqu'ils n'existent qu'en proportion insensible dans ces huiles, et qu'elles se trouvent, au contraire, en quantité très-notable dans les pilules d'extrait de foie de morue.

Sous ce double rapport, les recherches analytiques de MM. Despinoy et ..... sont très-intéressantes.

Au point de vue thérapeutique, ce nouveau produit, l'extrait aqueux de foie de morue, peut-il être employé avec avantage ?

Nul doute à cet égard, toutes les fois qu'il s'agira d'obtenir des effets analogues à ceux de l'huile de foie de morue, et dans les cas où cette dernière préparation ne pourra pas être supportée par les malades. Mais le praticien saura qu'à l'aide de ces pilules, il ne pourra jamais obtenir les résultats thérapeutiques que donnent les huiles de poisson.

La dose des pilules est, en moyenne, de 4 par jour, en commençant par 2, une matin et soir; augmentant, tous les cinq ou six jours, de 1 pilule jusqu'à 4; 2 le matin, 2 le soir.

De la valeur de la médication arsenicale dans la chorée.

Le travail déjà ancien dont nous avons à rendre compte emprunte son intérêt aux observations qui ont été recueillies dans le service de notre infortuné confrère M. le docteur Gillette, médecin de l'hôpital des Enfants malades. Frappé des faits communiqués à la Société des hôpitaux par notre collaborateur Aran et de ceux que M. Barthez avait produits dans la discussion en faveur de la médication arsenicale dans la chorée, M. Gillette avait résolu de jeter sur cette question le même jour qu'il avait répandu sur le traitement de cette même maladie par le tartre stibié à haute dose. La mort ne lui a pas permis de mettre à fin son travail, et c'est la main pieuse de son élève, M. le docteur Gellé, qui s'est chargée de publier les documents recueillis pendant son séjour, comme interne, dans le service de son maître regretté.

Au lieu de l'acide arsénieux ou de la solution de Fowler, M. Gillette avait fait usage d'une solution comme suit :

Arséniate de soude...............	5 centigrammes.
Eau distillée....................	500 grammes.

Chaque cuillerée à café de cette solution représentant 1 milligramme de principe actif.

M. Gillette n'a jamais prescrit la potion pendant plus de huit jours. Suivant l'âge et la force des sujets, on débutait par une cuillerée à café ou deux; l'augmentation étant tantôt de une, tantôt de deux cuillerées par jour. Aucun malade n'a pris plus de dix cuillerées le huitième jour, et beaucoup n'en ont pris que huit. Dans quelques cas, et quand on avait affaire à des sujets robustes et bien développés, on est arrivé en trois jours à huit cuillerées, et on restait ainsi jusqu'au sixième ou huitième jour. Quant à la dose d'arséniate, elle n'a jamais été de plus de 5 centigrammes en huit jours. Un malade a pris en six jours 2 centigrammes et demi; un autre.

4 centigrammes et demi sans accident; tous deux ont guéri. Pas d'accidents, du reste, sauf dans deux cas, où la diarrhée et les nausées obligèrent à suspendre la médication, qui put être reprise deux jours après; les deux malades guérirent.

Du mois d'avril au mois de décembre 1859, il est entré dans les salles Saint-Louis et Sainte-Geneviève, service de M. Gillette, vingt-sept chorées.

De ces vingt-sept cas, tous n'ont pas été traités par l'arsenic; on conçoit qu'il fallait, pour donner de la valeur à cette expérimentation, établir un choix, afin d'opérer à peu près dans les mêmes conditions sur des cas le plus possible homologues; aussi faut-il écarter dès l'abord sept cas dans lesquels l'intensité de la chorée n'a pas été jugée assez grande pour mériter l'emploi du médicament en expérience. Sur les vingt chorées qui restent, une a guéri par l'intervention d'une petite varioloïde au vingt-huitième jour; une seconde, qui n'a pu être suivie, a eu le même sort. Restent donc dix-huit faits dans lesquels la médication arsenicale a été mise en action. Ajoutons que toutes les fois que l'indication a été évidente, M. Gillette a fait prendre à ses jeunes malades des bains sulfureux, du vin de Bagnols, du vin et autres préparations de quinquina, etc. De plus, aussitôt que, sous l'influence du traitement arsenical, la chorée a permis à l'enfant de marcher, il a été promené, conduit au gymnase chaque jour.

Les dix-huit chorées qui forment la matière de cette étude se partagent naturellement en deux groupes bien tranchés : le premier, dans lequel rentrent toutes les chorées qui avaient, à leur mise en traitement, moins de deux mois de date, au nombre de treize; ce sont celles que l'on appelle récentes, aiguës, croissantes; le second, dans lequel se trouvent réunies les chorées à marche lente, chroniques, anciennes, rebelles, anomales des auteurs; elles sont au nombre de cinq.

Sur les treize chorées aiguës, on comptait neuf filles et quatre garçons; sur les cinq chorées rebelles, trois garçons et deux filles. Le plus âgé des malades avait quinze ans, le plus jeune trois ans. Il y a, du reste, une opposition assez remarquable dans les deux sexes, sous le rapport de l'âge auquel s'observe surtout la chorée; pour les filles, cette période s'étend de treize à quinze ans, et pour les garçons seulement de sept à treize ans. Sept fois le tempérament est noté lymphatique, deux fois le nerveux, trois fois seulement les tempéraments sanguin et nerveux-sanguin; la constitution scrofuleuse est indiquée chez une malade. Voilà pour les chorées ré-

centes; pour les rebelles, trois cas de tempérament nerveux, le lymphatique et le lymphatico-nerveux chacun une fois.

Sur les treize cas aigus, la cause de l'affection a été cinq fois la peur, une fois la colère; pas de renseignements dans les autres cas. Dans deux cas bien nets, douleurs articulaires avec gonflement, fièvre et souffle au premier temps du cœur. Dans deux autres cas, la chorée avait été précédée, pendant une semaine à un mois, de douleurs musculaires semblables à des crampes, de roideurs des jointures sans gonflement; mais ces phénomènes devaient être plutôt rapportés à un accroissement rapide de la taille qu'à une origine rhumatismale.

Il est une notion importante à connaître pour juger de la valeur du traitement, je veux parler de l'âge de l'affection à l'entrée du malade à l'hôpital : quatre fois le début remontait à un mois, quatre fois à quinze jours, quatre fois à huit jours, cinq fois à trois semaines : par conséquent, treize fois sur dix-sept la chorée datait de quinze jours à un mois, à l'entrée.

Quant à la durée du séjour à l'hôpital, elle a été, pour les chorées aiguës, à marche ascendante, à partir du commencement du traitement par l'arséniate de soude jusqu'à la guérison, de quinze à vingt jours, quelle que fût l'intensité de l'affection; cependant un malade guérit en huit jours; un autre en quatorze jours; un troisième, des plus grandement affectés, puisque la déglutition était difficile, la parole impossible, et qu'il fallait le placer dans un lit rembourré, matelassé, guérit en vingt jours; au bout de ce temps, la marche était facile, et l'enfant ne gardait qu'une faiblesse relative du côté droit.

Sur treize chorées aiguës, il y a eu dix guérisons et trois insuccès, tous les trois sur des filles, car tous les garçons ont guéri. Ces insuccès se rapportent aux cas suivants : 1° fille de sept ans, nerveuse, petite, peu développée; chorée assez grave, datant de treize jours; rhumatisme articulaire aigu antérieur et bruit de souffle au premier temps, sans prolongement dans la carotide; traitement commencé le 11 mai; interruption à cause de l'exacerbation des mouvements choréiques; 2° fille de quatorze ans, maigre, dyspeptique, troisième atteinte, intensité moyenne; amélioration pendant quelques jours, réapparition, guérison par les douches froides; 3° fille de onze ans, forte, à tempérament lymphatico-sanguin prononcé, bien constituée; chorée générale très-intense, succédant à une colère; insuccès de l'arsenic; guérison par l'émétique.

Un fait plus important à faire ressortir, c'est le rapport des tem-

péraments avec les succès et les revers de la médication arsenicale dans les cas de chorée aiguë. Sur les trois insuccès, deux fois le tempérament nerveux et une fois un tempérament sanguin prononcé; au contraire, dans les cas où l'arsenic a réussi, au nombre de dix, il n'y a que le tempérament lymphatique ou lymphatico-nerveux. Il est impossible de ne pas être frappé de cette différence. L'arsenic nuit aux tempéraments nerveux et sanguins et réussit quand l'état lymphatique domine.

Les cinq chorées rebelles, traitées par l'arséniate de soude, ont donné deux guérisons, daus des cas datant de trois à quatre mois, et trois insuccès pour des chorées rebelles, anciennes, qui avaient résisté à toutes les médications; ainsi : 1° fille de quatorze ans, réglée, très-grande, très-lymphatique, masturbation frénétique, chorée datant de quatre mois, avec des alternatives dans l'intensité; forme paraplégique, douleurs dans les jointures, sans gonflement, sans fièvre, sans bruit de souffle cardiaque, faiblesse extrême dans les membres inférieurs. La paraplégie et la chorée ont cédé à la cessation de ses coupables habitudes; pas d'action de l'arsenic; 2° garçon de onze ans et demi, maigre, à figure osseuse, à traits accentués; chorée partielle, limitée au bras droit, un peu calmée seulement par l'émétique et les douches froides; 3° garçon de dix ans, deuxième atteinte, maigre, nerveux, chorée partielle de l'avant-bras, avec un peu de faiblesse du pied correspondant. Aucune amélioration.

De ce qui précède il résulte donc que la médication arsenicale n'est pas seulement utile contre les chorées anciennes, mais aussi et surtout contre les chorées récentes; car, en réunissant les cinq cas qu'il a recueillis aux douze cas qui existent dans la science, M. Gellé ne trouve que neuf succès sur dix-sept cas; tandis que sur dix-sept cas de chorée récente, il compte quatorze guérisons. La proportion des guérisons dans les cas graves est seulement de moitié; mais le chiffre des guérisons dans les chorées récentes est encore plus élevé, car il comprend près des cinq sixièmes des cas.

Reste à préciser les indications et les contre-indications de la médication arsenicale dans la chorée : c'est ce que M. Gellé a tenté dans la dernière partie de son travail. L'arséniate de soude, dit-il, a complétement échoué sur les sujets nerveux dans les chorées dites idiopathiques; le tempérament sanguin ne paraît pas s'accommoder du traitement arsenical. C'est donc l'émétique, les contro-stimulants et l'opium qui semblent plus utiles et mieux adaptés à ces deux tempéraments. Quant aux états dyscrasiques des humeurs,

aux constitutions délabrées, aux tempéraments lymphatiques, à la chlorose, à tous ces affaiblissements de l'organisme qui succèdent aux privations, aux pertes et qu'on trouve si souvent compliquer la chorée, c'est ici que l'arsenic réussit le mieux, c'est ici qu'il est le mieux indiqué, et cette opinion est aussi celle de Romberg, de M. Bourguignon. La complication de scrofule ou de tubercule ne doit pas empêcher d'employer l'arsenic, et rien ne s'oppose non plus à ce que l'arsenic soit employé dans les chorées d'origine rhumatique. Restent les chorées très-graves, celles dans lesquelles le malade use ses draps et sa peau par la fréquence des frottements, où la déglutition est impossible, où les sphincters se relâchent, où le sommeil est perdu, où la respiration s'embarrasse, où la circulation devient irrégulière, et qui se terminent par la mort plus souvent qu'on ne pense. Que fait l'arsenic en cette occurrence ? La question est grave, et M. Gellé ne compte que trois faits qui ont présenté une grande intensité et dont un a donné des inquiétudes pendant quelques jours. Amélioration rapide sous l'influence de la médication arsenicale, et guérison en vingt jours.

M. Gellé a résumé son travail dans les conclusions suivantes :

L'arsenic a guéri vingt-trois chorées sur trente-quatre.

Dans les chorées récentes, le total des guérisons est de quatorze sur dix-sept (5/6).

Dans les chorées anciennes, moitié de guérisons (neuf sur dix-sept).

Voilà les faits qui établissent la valeur médicatrice de l'arsenic. Voyons quelle est la rapidité de son action. Romberg ne dit pas au bout de combien de temps il a vu l'influence du traitement: c'est en deux mois qu'il a guéri ses choréiques. M. Dieudonné a vu les mouvements disparaître en douze jours. M. Barthez a noté une amélioration sensible, dans un cas, dès le deuxième jour; dans un deuxième cas, guérison au huitième jour. Dans le deuxième fait de M. Aran, la jeune fille travaillait à l'aiguille le huitième jour. M. Gersant père note l'amélioration dès le deuxième jour. Dans les faits recueillis par M. Gellé, on trouve plusieurs cas où l'influence se fait sentir au bout de trente-six ou quarante-huit heures; mais, en général, dès le cinquième et surtout le huitième jour, l'action est évidente et un mieux sensible s'est opéré dans l'état des malades; après cette époque l'action du médicament continue et se prolonge pendant les dix ou douze jours qui suivent la cessation des prises. L'appétit devient remarquable, les digestions faciles, les enfants engraissent, prennent des couleurs, perdent leur air opprimé

et maladif, reprennent leurs jeux, et la force musculaire reparaît là où l'on constatait naguère une faiblesse relative bien marquée.

Jamais la guérison n'a mis plus de vingt jours à se produire, en comprenant dans ce chiffre les huit jours de traitement, et en beaucoup de cas elle a été de quatorze jours, de huit jours et au-dessous. *L'arsenic guérit donc en huit à vingt jours*, et les résultats que fournit cette médication peuvent être avantageusement rapprochés de ceux que donnent les autres médications ; en effet :

L'*émétique* guérit en vingt-quatre jours (thèse de M. Bonfils) ;

La *gymnastique* en trente-quatre ou trente-neuf jours (thèse de M. Moynier, rapport de M. Bouvier, mémoires de MM. Blache, Sée ;

Les *bains sulfureux* en trente-quatre à cinquante jours ;

Le *sirop de sulfate de strychnine*, d'après les travaux de M. Trousseau et de son élève, M. Moynier, en quarante à quarante-cinq jours ;

L'*eau froide ;* quelques faits dus à M. Boulay, d'Auteuil, tendent à placer cet agent avant la gymnastique et les bains sulfureux;

Les *toniques*, le fer, le vin et les préparations de quinquina sont des adjuvants que tout le monde emploie. M. Gillette les a utilisés seuls ou unis aux bains sulfureux dans quatre cas qu'il n'avait pas jugés dignes d'être traités par l'arsenic; durée du traitement : de huit jours dans un cas, de vingt et un dans un second, de trente-deux dans un troisième, et de trente-sept pour le quatrième.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'iridésis ou du déplacement pupillaire par la ligature de l'iris.

Il est peu d'opérations de la chirurgie oculaire qui fournissent des résultats plus remarquables que celles qui ont pour but de créer une pupille artificielle, et l'on s'explique par là l'empressement qu'ont mis tous les ophthalmogistes, non-seulement à élargir le cercle d'application de cette ressource opératoire, mais encore et surtout à améliorer les procédés employés pour en assurer les bénéfices aux malades. Il y a quelques années, un ophthalmologiste anglais, M. Critchett, est venu recommander un nouveau procédé de déplacement de l'ouverture pupillaire, qui n'a pas encore reçu, du moins en France, l'accueil dont il est digne. Nous en rapportons la cause d'abord à ce qu'on n'a pas saisi la grande différence qui sépare ce procédé par la ligature de l'iris de ceux bien plus répandus de l'iridectomie par déchirement ou excision d'une portion de ce cercle

membraneux; puis aussi, à ce que le manuel opératoire proposé par l'auteur doit subir, pour entrer largement dans la pratique, quelques légères modifications. Nous nous estimerions heureux que cette note vînt combler ces lacunes.

Voici en quoi consiste le procédé de M. Critchett : « Après avoir fixé l'œil à l'aide d'une large aiguille, on pratique à travers la cornée, et tout près de la sclérotique, une ouverture assez grande pour livrer passage à la pince à canule ; on saisit, à l'aide de celle-ci, une petite portion de l'iris, un peu au delà de son attache ciliaire, et on l'attire au dehors, dans une étendue proportionnée à celle que l'on veut donner à la pupille ; puis on fait glisser une anse de fil de soie assez fin que l'on a disposée d'avance autour de la pince à canule ; on serre alors la portion d'iris amenée au dehors, de façon à en déterminer l'étranglement. Cette manœuvre exige un peu d'habitude et de dextérité : la meilleure manière de l'exécuter est de saisir chaque extrémité du fil avec de petites pinces à mors larges, à l'aide desquelles on serre le nœud modérément. Un nœud simple suffit ; on retranche ensuite les deux extrémités du fil, et l'opération est terminée. »

Déjà MM. Berlin et Pagenstecher ont fait subir quelques modifications à ce procédé opératoire ; ils font l'incision dans la sclérotique, près du bord cornéen, et, attirant le bord pupillaire en dehors, ils placent la ligature de manière à ce qu'elle coupe une partie des fibres du sphincter, ou du moins qu'une partie de ces dernières se prennent par enclavement dans la plaie, pendant la cicatrisation de celle-ci.

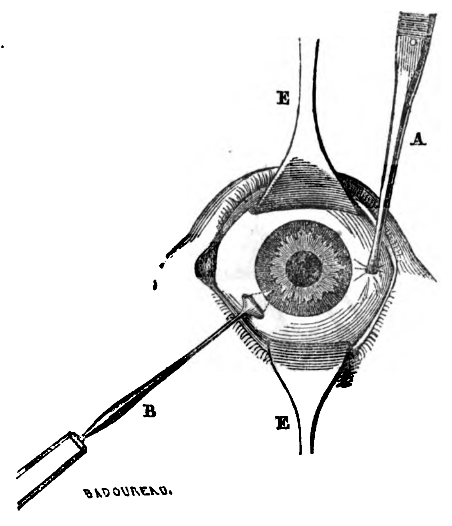


Fig. 1.

Voici comment nous procédons à cette opération : Dans un premier temps, représenté dans le dessin ci-joint, les paupières relevées par deux élevateurs EE, et l'œil fixé à l'aide d'une pince A, nous pratiquons, avec une aiguille à paracen-

tèse B, une incision sur la sclérotique, à 1 millimètre 1/2 du bord cornéen (fig. 1).

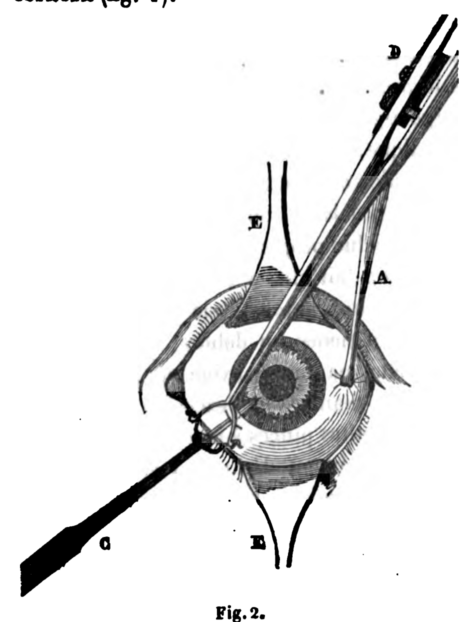


Fig. 2.

Le deuxième temps est destiné à amener l'iris à travers cette incision. Pour cela, nous substituons des pinces C à l'aiguille à paracentèse, et allons saisir le cercle membraneux à une distance de 2 millimètres de son bord pupillaire, de façon à ce que les fibres concentriques du sphincter restent dans la chambre antérieure. Nous nous servons, pour appliquer la ligature autour de la partie de l'iris que nous allons attirer au dehors, de la pince de M. Waldau (de Berlin). Ainsi que le montre la figure 2, le nœud destiné à cette ligature est placé à l'extrémité des branches de cette pince D, qui se terminent en forme de V; de plus, ce nœud entoure la pince pupillaire C avant son introduction dans la chambre antérieure.

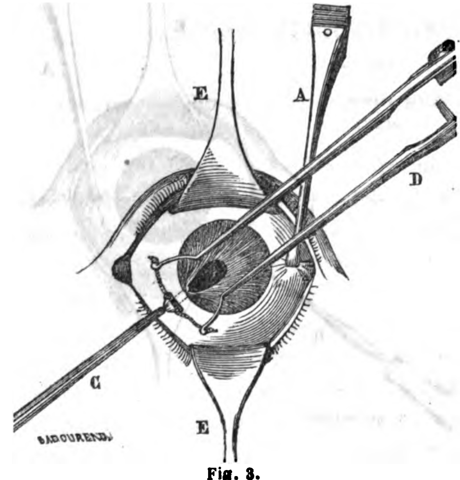


Fig. 3.

Troisième temps. Dès que l'iris est attiré au dehors de l'incision de la sclérotique, nous faisons glisser la ligature sur le prolapsus, et ouvrons la pince de M. Waldau; cette manœuvre suffit pour que le nœud étreigne la

portion d'iris qui fait hernie (fig. 3). Si le malade ne reste pas très-tranquille, nous continuons à maintenir l'œil fixe, en confiant à un aide la pince A, et nous coupons les extrémités du fil qui a servi à la ligature.

Après vingt-quatre heures, il importe de réséquer avec soin la portion herniée de l'iris, et de ne pas attendre que la ligature tombe spontanément. Cette pratique offre le double avantage d'abréger la durée des phénomènes inflammatoires consécutifs à l'opération, et de s'opposer à ce qu'un petit prolapsus de l'iris reste après la chute du fil, car le plus souvent il n'a pas été possible d'appliquer celui-ci exactement contre la sclérotique.

La ligature n'a pour but que de prévenir la rentrée de l'iris dans la chambre antérieure de l'œil pendant les vingt-quatre premières heures; au bout de ce temps, la portion de cette membrane qui est engagée entre les lèvres de la plaie a contracté des adhérences assez intimes avec elles pour que tout secours étranger devienne inutile.

Ce procédé opératoire permet non-seulement de transporter l'ouverture pupillaire là où se présentent les meilleures conditions de transparence de la cornée et du cristallin, mais il possède, en outre, le grand avantage de pouvoir masquer les points de ces mêmes parties intégrantes du globe oculaire qui pourraient provoquer une réfraction défectueuse des rayons lumineux. Ce résultat précieux, sur lequel M. Critchett n'a pas assez insisté, est dû à la tension du tissu de l'iris consécutive au déplacement de la pupille.

Dans l'iridésis, le bord de l'ouverture de cette pupille continue à être formé par la totalité des fibres concentriques du sphincter, sa constitution anatomique n'est pas changée. Tandis que l'iridectomie, en intéressant la continuité des fibres du sphincter iridien, prive la pupille d'une grande partie de sa mobilité.

Le procédé de M. Critchett est possible seulement lorsque tout le bord de l'ouverture pupillaire, ou du moins la plus grande partie, est libre d'adhérences avec la capsule du cristallin.

Les lésions dans lesquelles le déplacement de l'ouverture pupillaire l'emporte de beaucoup sur les procédés de l'incision ou de l'excision de l'iris sont : les taches de la cornée, surtout celles qui par leur peu d'épaisseur amènent une diffusion des rayons lumineux; puis la cataracte congénitale (cataracte stratifiée). Dans ce dernier cas, le déplacement pupillaire permet d'utiliser pour la vue les parties transparentes du bord du cristallin et de combattre en même temps, par le fait que l'iris sera attiré sur une grande étendue des parties centrales et semi-transparentes du cristallin, la diffusion

de la lumière et les éblouissements qui en résultent. C'est surtout à M. Pagenstecher (de Wiesbaden) que revient cette précieuse indication pour l'emploi de l'iridésis.

Il nous reste à parler de deux autres indications relatives au déplacement pupillaire. Ici le procédé de M. Critchett est l'unique opération à laquelle on puisse avoir recours avec avantage.

1° Pour le staphylôme pellucide de la cornée. Dans ce cas il faut, à l'exemple de M. Bowman, pratiquer l'opération des deux côtés opposés de la cornée, et transformer la pupille en une fente transversale. De cette façon, on exclue les rayons si défavorablement réfractés par les parties déclives du staphylôme, et la vue s'effectuera comme à travers la fente de la lunette sténopéique.

2° Dans le cas de luxation incomplète du cristallin avec décentralisation de cet organe. Par le déplacement de la pupille, l'on peut cacher les parties périphériques du cristallin qui, par leur rapport anormal avec la cornée, réfractent mal les rayons lumineux ; de même qu'on s'opposera au passage des rayons lumineux à côté du cristallin luxé.

Aucun autre procédé opératoire ne pourra offrir, dans les cas de staphylôme pellucide et de luxation incomplète du cristallin, les avantages auxquels le déplacement pupillaire donnera lieu.

L'opération de l'iridésis n'offre aucun danger pour l'œil ; elle est suivie de peu de réaction inflammatoire, si l'on prend le soin de couper très-exactement toute la partie herniée de l'iris.

En pratiquant la section sur la sclérotique, nous aurons les avantages suivants : On pourra utiliser les parties les plus périphériques de la cornée et du cristallin, tandis qu'en faisant la paracentèse de la cornée, ces parties se troublent facilement ou changent de courbure à la suite de l'enclavement formé par le tissu iridien. Les parties périphériques de la cornée et du cristallin peuvent, contrairement à l'avis de M. Critchett, fournir des images assez nettes ; c'est ce qui a été démontré par les recherches de M. Knapp, et d'ailleurs l'expérience journalière nous en donne les preuves.

Dans les cas de cataracte congénitale stratifiée où seulement une portion étroite du bord périphérique du cristallin se trouve transparente, l'iridésis, exécutée de manière à mettre ce bord à découvert, donne encore d'excellents résultats pour la vue. Les malades, après l'opération, peuvent lire à travers ce bord étroit les caractères les plus fins de Jaeger. En présence de ce résultat, qui oserait encore pratiquer dans ces cas une opération ayant pour but d'enlever le cristallin et de condamner le malade à l'emploi de lunettes à cataracte ?

Pour citer un exemple des excellents résultats que le déplacement pupillaire peut fournir, nous rapporterons l'histoire d'un malade que nous avons eu l'honneur de présenter récemment à la société de chirurgie [1].

M. N***, employé au chemin de fer de Lyon, s'est présenté à ma clinique pour une large tache centrale semi-transparente de la cornée gauche, datant de plusieurs années. Le malade ne pouvait compter les doigts avec cet œil, et sa vue était tellement troublée par la diffusion des rayons lumineux à travers la tache semi-transparente, qu'il lui était impossible de vaquer à ses occupations, et qu'il était sur le point de perdre sa place. Pour pouvoir lire ou écrire, il fallait que M. N*** cachât son œil gauche ou qu'il tournât la tête fortement de ce côté, de manière à n'employer que l'œil droit. Mais alors la notion de la distance des objets lui était rendue très-difficile. J'ai eu recours au procédé de M. Critchett, toutefois en pénétrant par la sclérotique dans la chambre antérieure, et en pratiquant le déplacement pupillaire en dedans et en bas de la cornée (fig. 3). Ce prolapsus iridien a été lié avec un fil de soie, à l'aide des pinces de M. Waldau, puis coupé vingt-quatre heures après. Par ce déplacement de l'iris, nous avons attiré l'ouverture pupillaire au delà de la tache, et constitué par là une sorte d'écran qui s'oppose à l'entrée dans le fond de l'œil des rayons lumineux qui traversent cette tache.

La nouvelle pupille, en forme de fente, est complétement entourée de fibres du sphincter, et réagit très-énergiquement à l'entrée des rayons lumineux. Le malade voit distinctement de cet œil, et les éblouissements ont presque disparu.

Si l'on avait pratiqué sur cet œil une simple iridectomie, on aurait bien restauré la vue, mais on aurait ainsi privé, par l'excision partielle du sphincter de l'iris, la pupille préexistante d'une partie de sa mobilité ; on n'aurait pas obtenu d'ailleurs par cette opération l'avantage de masquer les parties semi-transparentes de la cornée, les éblouissements auraient augmenté, et la situation du malade eût été aggravée.

Dr Wecker.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Application de la dialyse à la préparation des médicaments.

On sait que M. Graham, directeur des essais de la monnaie de Londres, a donné le nom de *dialyse* à un nouveau procédé d'ana-

[1] Compte rendu de la Société de chirurgie, *Gazette des hôpitaux*, numéro du 6 décembre 1862.

lyse chimique, basé sur la propriété endosmotique des membranes. Voici cette méthode :

En examinant la solubilité de tous les corps, M. Graham est arrivé à les distinguer, sous ce rapport, en deux classes, celle des *cristalloïdes* et celle des *colloïdes*. Les premiers sont doués d'une assez grande solubilité, tandis que les seconds, plus ou moins analogues à la colle, à la glu, à l'albumine, en un mot, n'ayant absolument aucun caractère cristallin, sont, au contraire, très-peu facilement solubles.

M. Graham profite de cette propriété pour séparer, d'un seul coup, les substances complexes à analyser en deux grandes classes distinctes l'une de l'autre. Il place la matière dans une espèce de tambour de basque, dont le fond est en papier parcheminé et les parois en *gutta-percha ;* on fait flotter l'appareil, lesté des matières à analyser, sur l'eau pure. Les colloïdes restent au-dessus du parchemin, tandis que les cristalloïdes, absorbés par l'eau, disparaissent rapidement. La séparation des substances est faite avec autant de netteté que si l'on avait soumis à l'action du feu un mélange de substances volatiles et de substances fixes. Les personnes curieuses de faire cette intéressante expérience pourront la tenter sur un mélange de sucre et de gomme, ou bien sur un mélange d'acide arsénieux et de substances alimentaires.

Le professeur Redwood propose de faire servir l'appareil de M. Graham à la séparation de la partie active des médicaments que les substances naturelles présentent combinés avec des matières inertes. En effet, les principes actifs sont généralement au nombre des substances cristallisables que M. Graham a eu l'heureuse idée de séparer. Ils passent à travers les pores du vase en parchemin, tandis que les parties inertes, les colloïdes, restent toujours accumulées dans la partie intérieure.

Les phénomènes de dialyse ont provoqué des conceptions théoriques très-intéressantes. Le professeur Daubeny (d'Oxford) a essayé d'en profiter pour expliquer la séparation des diverses sécrétions végétales les unes des autres, et leur accumulation dans certains organes. En effet, les gommes, la fécule, les huiles, etc., toutes les matières que l'on trouve accumulées dans le tissu cellulaire, doivent être rangées parmi les colloïdes ; elles n'ont donc aucune tendance à traverser les parois des cellules où elles ont été élaborées et où elles ne font que s'amasser. Quant aux acides ou aux alcalis, ils se comportent dans l'organisme vivant comme dans le récipient en parchemin de M. Graham; ils passent librement à travers les pores du

tissu tégumentaire, et arrivent dans les organes éloignés où ils doivent produire des transformations ultérieures, telles que le changement de l'acide carbonique en gomme, en sucre, en fécule, etc.

L'action de la même propriété séparatrice sur la digestion est précisément identique. En assimilant la membrane muqueuse de l'estomac à la membrane de Graham, on prévoit ce qui va se passer. Les éléments cristalloïdes seront absorbés par le torrent circulatoire, tandis que les colloïdes resteront dans le viscère et seront soumis à l'action du suc gastrique.

Mode de préparation du chloroforme gélatineux.

Le chloroforme possède, ainsi que l'éther, la propriété que j'avais constatée dans ce dernier, de se mêler intimement avec de l'albumine, de façon à former un liniment d'abord, puis une gelée non compacte, d'une application usuelle, souvent plus facile que celle de l'agent trop volatil qui lui donne naissance.

Quelques praticiens prescrivant la gelée de chloroforme, sans autre indication, nous croyons rendre service à nos confrères en leur rappelant son mode très-simple de préparation et qui exclut l'emploi de tout attirail pharmaceutique. Il suffit d'agiter ensemble dans un flacon :

Deux volumes de blanc d'œuf, ou......	20 grammes.
Un volume de chloroforme, ou........	10 grammes.

Pourvu que le chloroforme soit pur ou tout au moins exempt de corps étrangers susceptibles de coaguler l'albumine, tels que de l'alcool ou de l'acide, par exemple, la gelée se forme d'elle-même et se conserve plusieurs jours sans séparation. GRIMAULT.

Réflexions sur le nouveau procédé de M. Reeves pour constater la présence du plomb dans l'organisme.

A quoi servent les superfluités en médecine ? Cabanis répondait : *A rien;* elles encombrent seulement la science. Il y a tant de bonnes choses à dire, qu'on ne doit jamais écrire d'inutilités.

Que de fois nous nous sommes rendu coupable de cette faute ! On a été assez indulgent pour nous la pardonner. A notre tour, nous excusons M. Reeves d'avoir conseillé, pour constater la présence du plomb dans l'organisme, de faire prendre 25 à 30 centigrammes d'iodure de potassium, trois fois le jour, attendu qu'après cela le malade rendra le plomb à l'état d'iodure.

Nous admettons, avec notre honoré confrère, que les sels de plomb

dissous dans l'organisme donnent naissance à un iodure de plomb lorsqu'ils se trouvent en présence de l'hydriodate de potasse. Mais, pour que cet iodure traverse le rein, il faut qu'il soit rendu soluble ; or, il peut l'être seulement lorsque l'iodure de potassium prédomine. Comment M. Reeves verra-t-il, dans ce creuset si particulier qu'on nomme le *corps humain*, comme il le voit dans son verre à expérience, la proportion nécessaire des deux sels ? Puis, on peut demander encore à cet observateur en vertu de quelle idée il emploie l'iodure de potassium comme agent expulseur, puisque chaque jour les toxicologistes démontrent que, lorsqu'un sel n'est pas entièrement assimilé, le surplus, s'il est soluble, est entraîné par les urines, isolé ou combiné à quelques-uns des principes qui constituent ce fluide ; quelquefois aussi il en passe dans les matières fécales. Quant aux sels insolubles, le surplus de cet agent qui n'a pas été attaqué par les principes dissolvants que l'organisme contient, sont entraînés par les matières fécales.

Nous pensons donc qu'il est préférable, comme le conseillent Thénard, Orfila, MM. Grisolle, Chevallier et bien d'autres, de rechercher les sels de plomb dans les urines, hors de la vessie, que de tenter d'opérer dans l'estomac certaines combinaisons qui ne peuvent se produire qu'aux dépens de la santé du malade.

Stanislas MARTIN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Observations témoignant des bons effets de l'iodure de fer dans le traitement de l'albuminurie récente.

On ne rend pas moins de services à la pratique médicale en lui signalant des applications nouvelles des agents thérapeutiques connus et même vulgaires qu'en poursuivant la découverte de médicaments nouveaux. Cette conviction m'engage à vous adresser les premiers résultats que j'ai obtenus avec l'emploi du proto-iodure de fer dans les cas d'albuminurie récente, surtout lorsqu'on l'observe chez les enfants. Voici les faits :

Obs. I. Le 11 janvier 1861, je suis appelé auprès de la demoiselle Francolin, âgée de treize ans, d'un tempérament éminemment nerveux, non encore réglée. Elle présente de la bouffissure à la face, de l'œdème aux membres inférieurs, les battements du cœur sont faibles et précipités, le pouls à peine perceptible. Appétit nul ; muqueuses décolorées ; urines rares, souvent involontaires, laissant

déposer de l'albumine en abondance par l'addition de l'acide nitrique. Cet état remonte, dit-on, à près de deux mois ; il avait été précédé d'une faim insatiable. Le pronostic était très-fâcheux, en raison de l'anéantissement de l'organisme.

Je prescrivis du vin de quinquina, du vieux vin de Bordeaux. J'essayai de faire sucer du mouton rôti ; mais la répugnance pour tout aliment, pour la viande surtout, était invincible. L'œdème devient général, à un point tel que la malade éprouve des accès de suffocation. Les urines sont colorées en rose, comme si elles contenaient du sang. L'idée me vint d'administrer 20 gouttes par jour de perchlorure de fer en potion. Au bout de trois semaines j'y renonçai, n'ayant obtenu aucune amélioration. Le dépôt albumineux était, au contraire, de plus en plus abondant.

La situation de la jeune fille est fort alarmante. Elle ne peut tolérer le moindre aliment. Plusieurs crises nerveuses, alternant avec des syncopes, l'épuisent encore davantage. La pâleur et la bouffissure de la face augmentent d'une manière effrayante. Je prescris des frictions générales, deux fois par jour, avec l'huile camphrée. Je continue le vin de quinquina, la nourriture la plus substantielle, malgré le refus de la malade, et, enfin, le sirop de proto-iodure de fer (2 cuillerées à soupe par jour). Deux semaines s'écoulent sans le moindre changement ; je ne sais comment cette demoiselle pouvait vivre ! Cependant l'œdème paraît diminuer. Elle commence à supporter la viande. Les crises nerveuses s'éloignent. L'albumine reste aussi abondante. Je ne décrirai pas les améliorations successives que j'observai, je dirai seulement qu'au bout de deux mois j'avais obtenu un état relativement bon. Un érysipèle erratique survint et compliqua la situation, mais il dura peu et les forces commencèrent à revenir. Mon albuminurique eut alors un goût singulier pour les viandes salées. Elle dévorait le jambon, le saucisson à l'ail, et buvait du vin pur à proportion. Je la laissai faire, puisqu'elle digérait à merveille, et pensant que cette appétence était indiquée par la nature.

A cette époque je lus, dans une des revues médicales, la relation d'un cas de guérison d'albuminurie par le proto-iodure de fer, qui avait eu lieu en Allemagne. Ce succès m'encouragea d'autant mieux que ma cliente reprenait chaque jour des forces. J'avais augmenté la dose de sirop (4 cuillerées). On la promena. L'œdème disparut, mais le dépôt albumineux était variable, tantôt presque nul, tantôt assez abondant. Enfin, à l'entrée de l'hiver, cette jeune fille était forte, infatigable, d'une belle carnation, et ses urines n'offraient qu'un

léger trouble. Au commencement de ce printemps (1862), elle eut ses règles pour la première fois, sans douleurs, et elle jouit aujourd'hui de la plus belle santé.

Obs. II. L'enfant Thévé, âgée de huit ans, ouvrière dans une filature. Tempérament lymphatique, d'une bonne santé jusqu'ici, reçoit un soufflet de son contre-maître. Elle se présente à moi, le 1er février 1862, accusant une céphalalgie. Je n'y fis guère attention. Elle revient huit jours après, se plaignant encore de la même douleur, d'inappétence, de faiblesse, de pesanteur dans les jambes. Elle est pâle, un peu bouffie. L'urine précipite par l'acide nitrique une grande quantité d'albumine.

Immédiatement je prescris le quinquina et le sirop de proto-iodure de fer avec une nourriture très-substantielle. L'œdème fait de rapides progrès. La face devient livide, les urines et les selles extrêmement rares. Dégoût complet pour tout aliment. Je donnai un purgatif doux, on frotta la malade avec la glycérine étendue d'eau tiède, suivant l'excellente indication de l'un de nos confrères (*Bulletin de Thérapeutique*); elle dégonfla rapidement. Quinze jours après, il n'y avait encore aucune diminution notable de l'albumine, mais l'enfant commençait à manger et se sentait moins affaissée. Cet état persista pendant six semaines, et j'avais dans cet intervalle élevé la dose de proto-iodure jusqu'à 4 cuillerées de sirop. Elle était tellement bien, peu après, que j'abandonnai le quinquina qui la dégoûtait. Un mois s'était à peine écoulé, que toute trace d'albumine avait disparu. Je continuai malgré cela l'iodure ferreux à dose décroissante. Cette enfant est entièrement guérie depuis longtemps.

Obs. III. L'enfant Bansse, de Mouy, âgée de cinq ans, m'est amenée le 3 avril 1862. Elle est pâle, bouffie, le visage est marbré de violet, les yeux sont éteints, la voix à peine distincte. Œdème des membres inférieurs, abaissement considérable de la température du corps. Aucun aliment n'est conservé. Somnolence continuelle. Cet état, disent les parents, a duré presque tout l'hiver, quoique à un degré beaucoup moindre. Dépôt albumineux énorme par l'acide nitrique.

Je fais vomir l'enfant, dont la langue est très-saburrale; puis j'administre le sirop de proto-iodure de fer et le sirop de quinquina au vin (de chacun 2 cuillerées à soupe par jour). Viande rôtie que refuse la malade, vin de Bordeaux, promenades en voiture au soleil.

Huit jours après ce traitement, suivi avec une exactitude rigoureuse, la petite malade rendait des urines moins chargées d'albu-

mine et elle supportait le vin. Le gonflement était dans le même état. J'emploie les frictions avec eau tiède additionnée de glycérine. La bouffissure du visage disparaît d'abord ; mais il reste pâle, et les taches violacées s'effacent lentement. Huit jours s'écoulent avant de revoir la malade, que je retrouve presque transformée : elle a de la vivacité, mange de la viande, boit du vin pur, et la peau paraît légèrement colorée ; les urines sont de moins en moins albumineuses.

Chaque jour amène une amélioration dans la santé, et cinq semaines ont suffi pour effacer toute trace d'albumine. Je continuai longtemps l'iodure de fer, malgré la guérison de l'enfant. J'eus lieu de m'en applaudir, car elle présentait, aussitôt qu'on le suspendait, un affaissement général, qui cessait avec la reprise du médicament.

Cette enfant est guérie et n'a présenté aucune récidive de son affection.

D'après ces observations, je pense que l'emploi du proto-iodure de fer est mieux indiqué dans le traitement de la néphrite albumineuse que celles des agents diurétiques. S'il m'est permis d'émettre mon avis, après tant d'auteurs qui ont écrit sur cette maladie encore obscure, je dirai qu'elle est due à une altération du sang toute particulière, et qu'elle n'est pas plus localisée dans les reins que dans un autre organe.

Aug. Baudon, D. M.,
à Mouy (Oise).

Note sur un instrument nouveau destiné au traitement des fistules vésico-vaginales récentes.

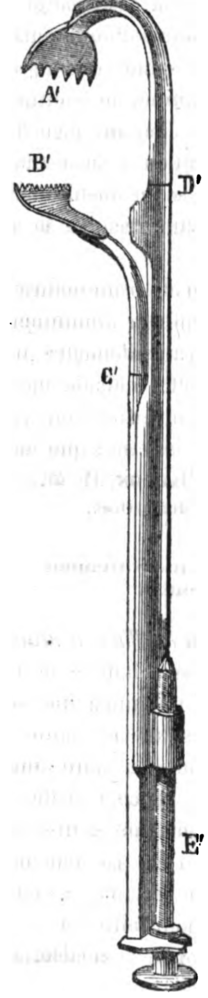
Dans une des dernières livraisons du *Bulletin de Thérapeutique*, vous êtes venu relever une erreur qui s'est glissée dans le dernier catalogue publié par M. Charrière, à propos d'une pince que vous avez fait construire pour porter les serre-fines sur les bords des fistules vésico-vaginales récentes. Permettez-moi d'en faire autant pour la figure voisine de votre instrument, la pince à griffe et à coulisse que ce fabricant a construite sur mon indication et qu'il rapporte à M. Desgranges, de Lyon. Du reste, ce n'est pas seulement pour cette revendication de paternité que je viens réclamer la publicité du *Bulletin*, je veux profiter de l'occasion pour faire part à nos confrères des résultats que j'ai obtenus de l'emploi de ce modèle, afin de les engager à l'expérimenter à leur tour.

Voici à quelle occasion je l'ai fait construire.

Le 24 avril 1858, je fus appelé par deux confrères pour terminer l'accouchement de Mme de H***, primipare. Le travail durait depuis soixante heures ; je fus contraint de le terminer, moitié à l'aide du

forceps pour amener la tête, moitié avec les mains, pour dégager ensuite l'épaule, solidement arc-boutée contre le pubis.

Cette délivrance ne put avoir lieu sans la déchirure complète du périnée, mais ce n'était pas le moindre accident dont nous devions être les témoins.



Quelques jours plus tard, l'écoulement de l'urine par la vulve vint nous montrer que la compression de la paroi vésico-vaginale avait produit une fistule. Le toucher me permit de constater à un pouce et demi un infundibulum dans la cavité duquel l'extrémité de l'indicateur venait se loger.

L'emploi de la sonde à demeure et les cautérisations restant sans résultats, je proposai à mes confrères l'essai d'un instrument destiné à rapprocher les bords de la solution de continuité. Ainsi que le montre la gravure ci-jointe : cette pince est composée de deux branches C' D' glissant à coulisse l'une dans l'autre, et terminées par deux griffes A' B', construites avec des plaques d'argent. Le choix de ce métal était commandé par le but que je me proposais d'atteindre, celui de maintenir en contact les bords de la fistule, sans provoquer un traumatisme trop considérable.

L'instrument achevé, je procédai à son application avec l'aide de mes confrères. La rupture du périnée rendait les manœuvres faciles, et la présence d'une sonde dans la vessie venait me faciliter l'adaptation des griffes en arrière et en avant de l'ouverture fistuleuse. Je ne décrirai pas les divers temps de cette opération qui fut couronnée de succès, car dès que l'instrument fut fixé à l'aide d'un bandage de corps, pas une goutte d'urine ne s'échappa par le vagin.

Durant cinq jours, l'excrétion se fit par la sonde laissée à demeure, et que l'on débouchait toutes les trois heures : le jet de l'urine avait lieu à pleine sonde. La malade était heureuse de ce résultat, qui semblait lui présager un succès prochain. J'enlevai

alors ma pince avec les plus grandes précautions, afin de ne pas détruire l'adhésion des parties, et l'urine continua à s'écouler par la sonde. Je commençai alors à partager les espérances de ma malade.

Mon triomphe ne fut pas de longue durée. Le lendemain soir, quelques gouttes d'urine, écoulées par le vagin, vinrent me prouver que je m'étais réjoui trop tôt. L'examen des parties, pratiqué la malade placée sur les genoux et les coudes, me permit de constater que la réunion des bords de la fistule n'avait eu lieu que dans sa partie moyenne, et qu'il existait encore, aux angles de la solution de continuité, deux petits tubercules charnus, tubuleux, qui livraient passage à l'urine.

J'attaquai ces orifices fistuleux par la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent. Je parvins à oblitérer celui du côté gauche; quant à l'autre, il résista, et continua de donner passage au liquide.

En présence du résultat obtenu, je désirai m'en remettre au temps, aidé des cautérisations, pour amener la cure complète. Mais l'impatience de la famille ne me le permit pas, et, cédant à la pression de la malade, je réappliquai une seconde fois ma pince à griffes. La crainte d'éprouver un nouvel échec me fit serrer l'écrou trop fortement, de sorte que je provoquai la mortification des tissus, et mon instrument s'échappa de la vulve le troisième jour.

En voyant l'écoulement de l'urine reparaître en plus grande abondance, la malade perdit courage, et, cédant aux conseils de sa famille, elle partit pour Paris, sans qu'il me fût possible d'examiner les modifications amenées par cette dernière application de l'instrument.

Je n'hésite pas à reconnaître ma faute, et si je m'étais borné, dans cette seconde tentative, à maintenir le rapprochement des bords de la solution de continuité au degré nécessaire pour empêcher la sortie de l'urine, je n'eusse pas compromis le succès de mon opération. Rien n'était plus facile, grâce au pas de vis E qui termine l'instrument, que d'apprécier le degré de pression des mors de la griffe.

Quel qu'ait été le résultat de mon intervention dans ce cas, il ressort bien évidemment de cette observation que le rapprochement des bords de la fistule maintenu pendant cinq jours, avait suffi pour amener la cicatrisation des 19/20es de l'étendue de la solution de continuité. Ce fait vient donc s'ajouter à ceux qui ont été produits récemment, à l'appui de l'intervention immédiate de l'art dans les cas de fistules vésico-vaginales.

Quant à mon instrument, je crois que, manié avec la réserve que j'ai indiquée, celle de serrer les mors à l'aide d'un ou deux tours du pas de vis, afin de maintenir le rapprochement des bords de la solution sans provoquer leur mortification, je crois, dis-je, que ce modèle mérite de prendre rang dans l'arsenal chirurgical.

CHATELAIN, D.-M.
à Luçon (Vendée).

BIBLIOGRAPHIE.

1° *Traité dogmatique et pratique des fièvres intermittentes, appuyé sur les travaux des médecins militaires en Algérie, suivi d'une notice sur le mode d'action des eaux de Vichy dans le traitement des affections consécutives à ces maladies*, par M. le docteur F.-Aug. DURAND (de Lunel), médecin principal de première classe à l'hôpital militaire de Lyon, etc.

2° *Hygiène de l'Algérie, exposé des moyens de conserver la santé et de se préserver des maladies dans les pays chauds, et spécialement en Algérie*, par M. le docteur J.-J. Marit, médecin principal de l'armée d'Afrique, professeur de pathologie médicale à l'Ecole de médecine d'Alger.

« Cet ouvrage, dit M. Durand (de Lunel), doit faire partie d'une trilogie scientifique, encore inédite, dont les deux autres termes concernent le dynamisme dans l'ordre physique et dans l'ordre physiologique, comme celui-ci le concerne dans l'ordre pathologique. » Cette première phrase de l'avant-propos de notre laborieux confrère m'a tout d'abord, je dois le dire, mis en garde contre une théorie qui, en même temps qu'elle trahit une bien grande ambition, se produit dans une langue prétentieuse, qui suffirait à elle seule pour me la rendre suspecte. D'où vient que, quand nous avons sous la main une langue claire, précise, qui, quand on la sait manier, peut exprimer sous la forme la plus lumineuse les nuances les plus délicates de la pensée, d'où vient, dis-je, que pour rendre les choses les plus simples comme conception, l'on se jette de gaieté de cœur dans les nuages d'une phraséologie creuse, sans idées? Rigoureusement, l'on comprend M. Piorry : ne voyant dans les maladies que des organotopies, il est simple qu'une nomenclature bien faite soit pour lui toute la science; mais quand on voit autrement les choses, et plus sainement, pensons-nous, à quoi bon ce pédantisme de mots qui, en somme, ne fait illusion à personne, pas même à son auteur, nous en sommes sûr, s'il a quelque rectitude dans l'esprit? Allons donc, messieurs,

Moins de fracas, moins de merveilles,
Et par pitié pour les oreilles,
Parlez français à des Français.

Ceci dit par respect pour notre belle langue, notre *alma parens* à tous, disons en peu de mots en quoi consiste essentiellement la théorie des fièvres intermittentes que nous apporte aujourd'hui le savant médecin militaire de Lyon. Connue de tous les hommes qui ont eu occasion d'étudier cette maladie dans les pays où elle fait en quelque sorte le fond de la pathologie, M. le docteur Durand en place la cause dans l'existence d'un miasme dont la nature est inconnue, mais dont les conditions d'élaboration sont aussi incontestables qu'elles sont rigoureusement constatées. M. Durand, sur cette première question, tendrait bien, tant il est enclin à théoriser les choses, à aller au delà de cette donnée de l'empirisme pur; mais pourtant, comme ici il sent que le terrain fuit sous ses pieds, il se contient, et, en somme, il reconnaît que ce fait, nous savons qu'il est, mais que nous ne savons pas quel il est. Maintenant, la cause externe de l'impaludisme posée, qu'est-ce c'est que l'impaludisme? C'est ici que notre auteur s'évertue à établir les bases de sa théorie qui, si elle ne se lie pas si bien dans les choses, se lie au moins fort bien dans sa pensée. Il serait trop long, et nous ne voyons pas bien le bénéfice qu'on en tirerait, d'exposer dans son ensemble la doctrine de l'intoxication marématique, telle que l'a conçue et telle que l'expose magistralement notre laborieux confrère ; qu'on nous permette seulement d'en détacher une vue principale, celle qui a pour but d'expliquer la forme périodique dans laquelle elle se produit dans la très-grande majorité des cas, quand aucune lésion concomitante n'en vient contrarier la manifestation. Laissons sur ce point parler le médecin de Lyon lui-même : « L'accès, dans ses trois stades, dit-il, représente les effets primitifs et puis consécutifs des causalités miasmatique et diurne. Le stade du froid représente l'effet asthénisant exercé sur l'appareil nerveux de la vie organique; le stade de la chaleur une réaction due surtout à l'hypersthénie de l'appareil nerveux de la vie animale ; le stade de sueur, la détente de cet appareil, et enfin l'apyrexie, le retour de la tonicité provoqué par la réaction et par les éliminations qui la suivent. » Cette explication en est-elle une en effet ? En vérité, pour nous, nous ne saurions voir en tout ceci qu'une véritable tautologie, qui est aussi loin de nous découvrir la nature de l'impression morbide sous laquelle l'organisme réagit en fièvre intermittente, que l'est une métaphore de nous montrer le fond des choses par la musique des mots avec lesquels elle chatouille notre tympan. Est-ce à dire qu'il faille renoncer à l'espoir de rendre compte un jour du fait pathologique qu'on n'explique pas, pour le dire autrement ? Non, assurément, mais nous

ne voyons pas que la théorie de M. Durand (de Lunel) ait fait avancer d'un pas cette question ; des marteaux plus forts que le sien se sont brisés sur cette enclume. Qu'il se console en songeant que c'est là une mésaventure qui est arrivée à bien d'autres que lui, et qui n'en dorment que mieux dans le linceul de leur gloire avortée.

Comme nous ne voudrions pas que le lecteur restât sous cette impression, à propos d'un livre qui, en fin de compte, témoigne d'une généreuse ardeur de travail, et montre que l'auteur est tourmenté de ce que l'on a justement appelé la grande curiosité de l'esprit, nous ajouterons à ce que nous venons de dire, que tout n'est pas sacrifié à la pure théorie dans ce livre, la pratique y a aussi sa place. C'est ainsi, pour ne citer qu'une page de cet ordre, que M. Durand, après avoir tracé d'une main ferme la ligne de conduite à tenir vis-à-vis des diverses formes morbides qu'affecte l'impaludisme, il signale comme un des moyens les plus sûrs de combattre les récidives de la fièvre intermittente, et la cachexie que souvent elle entraîne, une sorte de méthode métasyncritique d'employer le sulfate de quinine. Sans même recourir à cette méthode, il paraît qu'en plaçant l'usage de ce moyen puissant au milieu même des repas des malades, on réussit très-souvent là où un autre *modus faciendi* avait complétement échoué. Ce n'est plus là une simple conception de l'esprit; cette méthode, que M. Durand a recueillie de la bouche de M. Maillot, il l'a lui-même sérieusement expérimentée, et c'est sur la garantie des enseignements de cette expérience que notre auteur la propose hardiment à ses confrères. Un tel enseignement, s'il était l'expression d'une observation suffisamment répétée, suffirait à justifier le livre du savant médecin de Lyon, et serait une compensation à ce que sa théorie présente de conjectural et d'incertain : le vrai et le faux, à doses fort inégales, c'est le tissu même de la science humaine. Aux yeux du connaisseur, les plus savantes broderies ne font que dissimuler ce fonds commun de tous les livres sortis de la main des hommes.

Nous rapprochons du livre du médecin distingué de Lunel l'ouvrage que M. Marit vient de publier sur l'hygiène de l'Algérie. Cet ouvrage n'a point les hautes visées de celui dont il vient d'être question ; son but est plus simple, et il est suffisamment indiqué par le titre même sous lequel il se produit. L'hygiène, qui n'aspire à rien moins qu'à rendre la médecine proprement dite inutile, n'en a que mieux toutes nos sympathies. Elle raisonne souvent sans compter avec les passions humaines, les préjugés, la sottise toujours à l'ordre du jour depuis Adam ; mais ses enseignements n'en

sont pas moins précieux. Ce n'est point sans une longue expérience des choses dont il parle dans son livre que M. le docteur J.-J. Marit aborde les nombreuses questions dont il traite dans cette hygiène des tropiques. Aussi bien considérons-nous ce livre comme le *vade-mecum* obligé de tous ceux qui vont affronter les dangers d'un climat qui, par tant de côtés, diffère du nôtre. Ces sages conseils d'un homme autorisé seront-ils entendus, seront-ils suivis ? Nous connaissons un bon nombre de médecins qui estiment que la propagande hygiénique est œuvre tout à fait stérile; nous ne partageons pas ce pessimisme, bien que nous sachions les difficultés qu'on rencontre à briser la couche épaisse de préjugés qui s'est lentement formée entre le bon sens et les enseignements de la science. C'est parce que, sans partager les illusions de ceux qui voient l'avenir de l'humanité dans le lointain mirage d'une imagination trop optimiste, nous ne laissons pas d'espérer qu'à force de proclamer la vérité, elle finira par pénétrer l'intelligence des hommes, et les diriger dans le sens de leur noble vocation, que nous applaudissons aux efforts des esprits laborieux et intelligents, qui apportent leur grain de sable pour contribuer autant qu'il est en eux à l'œuvre lente de la véritable civilisation. L'ouvrage de M. le docteur Marit est marqué au double coin d'une science vraie et d'un sincère amour de l'humanité; il mérite de fixer l'attention des hommes sérieux, moins encore par les questions qu'il résout que par les sages conseils qu'il donne.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Trachéotomie pratiquée avec succès chez un enfant de treize mois affecté de croup trachéal. — Il est peu de ressources extrêmes de la thérapeutique qui aient conquis plus laborieusement leur place dans le traitement du croup que la trachéotomie. Mise en œuvre à ses débuts seulement dans les cas les plus désespérés, mal réglée dans son procédé opératoire et dans les soins qui devaient suivre son application, la trachéotomie ne devait pas donner tout d'abord les bons résultats qu'on s'en était promis. L'expérience est venue montrer, une fois de plus, que les succès en pratique prennent souvent leur source dans l'amélioration des moyens en apparence accessoires. L'usage des cravates en gaze légère dont on entoure le cou des enfants qui ont subi l'opération, le soin de maintenir les petits malades dans une atmosphère humide, n'ont pas moins con-

tribué que l'amélioration instrumentale à faire décroître chaque année le nombre des victimes de cette terrible maladie.

La valeur de la trachéotomie dans le traitement du croup n'est plus mise en doute aujourd'hui ; seulement, l'observation attentive des faits semblait démontrer que cette ressource extrême était bien précaire lorsqu'on tentait d'en faire bénéficier les enfants au-dessous de l'âge de deux ans. Un cas de trachéotomie pratiquée avec succès à Edimbourg, sur un enfant de sept mois, a ramené l'attention sur l'indication tirée de l'âge, et M. Barthez vient d'adresser à la *Gazette hebdomadaire* un fait qui contribuera à ne pas priver les enfants au-dessous de deux années des chances que leur crée la trachéotomie ; aussi croyons-nous devoir le placer sous les yeux de nos lecteurs.

Obs. J. Prévet, fille âgée de treize mois, entre dans mon service le 14 novembre 1861. Sa mère nous donne des renseignements très-incomplets sur l'époque et le mode du début de la maladie. Il paraît qu'elle a eu des convulsions générales qui ont précédé de quelques heures le moment où on nous l'amène, et c'est ainsi que le mal aurait commencé.

Cependant, au premier examen, il est facile de reconnaître l'existence d'une angine couenneuse, pour laquelle on emploie les insufflations alternatives de tannin et d'alun, d'après la méthode du docteur Loiseau. Cette première journée se passe assez bien ; l'enfant supporte facilement les insufflations. Elle n'est pas abattue, et la maladie n'a nullement le caractère malin, bien qu'il n'y ait aucun doute sur sa nature.

Le lendemain, la voix est devenue rauque, la respiration bruyante, la toux est éclatante, la gorge est toujours couverte de fausses membranes jaunes. L'enfant est oppressée.

On continue les insufflations et l'on donne un looch additionné de 5 centigrammes de sulfure de potasse ; mais le mal va rapidement en croissant, la dyspnée augmente et devient continue. A chaque inspiration, le sternum se déprime considérablement, et sept ou huit accès de suffocation ont lieu et se succèdent rapidement.

A la visite du soir, l'interne trouve l'enfant pâle, très-oppressée d'une façon continue, entrant par conséquent déjà dans la troisième période du croup, mais n'étant pas encore anesthésiée.

La trachéotomie fut pratiquée quelques heures plus tard, pendant la nuit, et ne fut pas très-laborieuse, malgré la présence d'un corps thyroïde très-volumineux.

Il ne sortit pas de fausses membranes ; cependant, tout de suite après l'opération, l'enfant devint calme, s'endormit et passa la nuit très-tranquillement.

Le lendemain, sa physionomie était reposée, quoiqu'un peu endolorie. Elle avait une fièvre assez violente, pas d'oppression, peu de toux, et elle avait accepté un peu de chocolat.

Cette marche favorable du mal persévéra les jours suivants, sans

qu'il se produisît d'accidents sérieux. La plaie devint un peu grisâtre et gonflée et fut cautérisée. Le troisième jour après l'opération, on put enlever la canule pendant plusieurs heures, et un peu d'air passa par le larynx.

Le septième jour, la canule fut enlevée définitivement. L'enfant disait *maman* à haute voix ; la respiration était facile, la gorge était débarrassée.

Cependant, deux jours auparavant, l'enfant avait commencé à tousser en buvant. Ce petit accident se renouvela, et même un jour les boissons revinrent par le nez, en même temps que la petite fille semblait plus pâle et plus triste que les jours précédents. Cette paralysie partielle et incomplète dura en tout sept jours, n'empêcha pas la plaie de marcher rapidement vers la cicatrisation, et enfin la guérison fut définitive le premier décembre, dix-sept jours après l'entrée de l'enfant à l'hôpital, et quinze jours après l'opération.

Quatre observations de trachéotomie pratiquée avec succès sur de très-jeunes enfants. — M. Laborde, interne de l'hôpital des Enfants malades, vient aborder à son tour cette question importante de l'âge ; seulement les faits nouveaux qu'il produit à l'appui de sa thèse s'éloignent moins de l'enseignement courant que l'observation de M. Barthez, puisque l'âge de ses petits patients oscille autour de deux ans. Nous les reproduisons avec non moins d'empressement, car les enfants, à cette période de la vie, sont plus exposés à contracter le croup et présentent de plus fréquentes occasions d'appliquer la trachéotomie. Or, les faits qu'il produit tendent à prouver qu'au-dessous de la limite d'âge imposée à l'intervention de cette ressource dernière du traitement du croup, on peut encore compter des succès.

Obs. I. *Trachéotomie chez un enfant de vingt-deux mois atteint de croup; grand nombre d'accidents consécutifs, parmi lesquels un vaste érysipèle du tronc ; guérison complète.* — Binois (Louis), âgé de vingt-deux mois, entré le 18 février 1862, salle Saint-Jean, n° 38, malade depuis trois jours. Hier, premier accès de suffocation chez lui : un vomitif administré n'a pas amené d'amélioration. A son entrée, voix éteinte ; toux insonore ; forte dépression sous-sternale dans l'inspiration (*tirage*) ; renversement de la tête ; asphyxie imminente. Mon collègue Ferraux pratique la trachéotomie. L'opération est rapide et sans incidents. Le reste de la journée se passe très-bien.

Le lendemain (19 février), la respiration est normale ; l'enfant joue sur son lit ; pas de fièvre.

Le 20, respiration plus fréquente, difficultueuse ; agitation ; mucosités abondantes mêlées de débris pseudo-membraneux rendues par la canule.

Le 24, le calme est rétabli ; la respiration est redevenue normale.

La canule est retirée pour la première fois ; mais la plaie cutanée s'est étendue sous forme d'ulcération, et elle se recouvre avec persistance de fausses membranes diphthéritiques. Gonflement œdémateux du cou tout autour de la plaie ulcérée. La canule a dû être replacée.

Malgré l'emploi du jus de citron d'abord, et ensuite des cautérisations au nitrate d'argent, la diphthérite cutanée persiste. De plus, la plaie ulcérée devient le point de départ d'un érysipèle qui s'étend rapidement à toute la région cervicale, et envahit le thorax tout entier à sa partie antérieure ; la surface érysipélateuse est recouverte de larges plaques diphthéritiques. Fièvre intense ; refus d'aliments ; prostration ; impossibilité de respirer sans la canule.

Cet état persiste pendant six jours, mais sans aggravation, ni extension des accidents locaux. Bientôt même l'érysipèle guérit, mais la plaie reste ulcéreuse, et se recouvre avec ténacité de plaques pseudo-membraneuses. La nécessité de tenir la canule en place entretient beaucoup, sans doute, cette tendance. Cependant l'état général s'améliore.

Le 8 mars, l'enfant mange assez bien ; il a repris un peu de gaieté; il a pu même se passer quelques instants de canule.

Le 10, il est moins bien. Pendant quelques instants d'un essai d'enlèvement de la canule, il est pris subitement d'un accès de suffocation, et la canule n'ayant pu être réintroduite, force a été de débrider et d'agrandir la plaie déjà très-rétrécie. Gonflement consécutif des parties ; état fébrile. De nouveau ulcérée, la plaie se recouvre de diphthérite.

Le 19, les choses étaient encore revenues en meilleur état ; l'enfant avait même pu se passer de canule depuis le matin, lorsqu'à une heure de la nuit survint un nouvel accès de suffocation. Mandé en toute hâte, l'interne de garde est obligé de débrider derechef, et de recommencer, en quelque sorte, l'opération pour pouvoir introduire la canule. Mêmes phénomènes consécutifs : état fébrile, gonflement du cou, etc. En outre, plusieurs vomissements survenus le lendemain font craindre l'invasion de quelque maladie intercurrente (la variole, la rougeole et la scarlatine règnent dans les salles). Toutefois, les vomissements ne se reproduisent pas, la fièvre tombe, et le petit malade résiste.

Depuis le dernier débridemeut, l'enlèvement de la canule est plus facilement supporté, et bientôt celle-ci a pu enfin être mise totalement de côté.

L'appréhension incessante de voir notre petit malade envahi par une des maladies contagieuses qui règnent dans les salles nous le fait remettre aux mains de sa famille, bien que la plaie cutanée ne soit pas encore complétement cicatrisée.

Le 11 avril, il nous est ramené dans un véritable état de marasme, résultat probable du défaut de soins appropriés et d'une alimentation insuffisante. A peine, en effet, a-t-il séjourné quelques jours dans le service, qu'il reprend de l'appétit, des forces et la gaieté.

Cependant le 28, il contracte une ophthalmie purulente. Celle-ci

guérit, mais aussitôt se déclarent à la région fessière, de chaque côté, deux gros abcès auxquels succède un décollement considérable. Le tout guérit encore, et le 16 mai, l'enfant est de nouveau rendu à sa famille dans un état de santé parfaite. Nous avons eu occasion de le revoir plusieurs fois, et encore tout récemment : la guérison ne laisse rien à désirer.

Obs. II. *Trachéotomie chez un enfant de vingt-trois mois atteint de croup ; guérison, malgré une scarlatine intercurrente.* — Cuinat (Jean), entré le 18 septembre 1862, salle Saint-Jean, n° 15; âge déclaré au bureau, deux ans ; âge réel, vingt-trois mois. Croup primitif; début il y a six jours. Plusieurs accès d'étouffement la nuit dernière; toux insonore; voix éteinte; énorme dépression sous-sternale ; asphyxie imminente; inefficacité de la médication vomitive.

Le 18 septembre, à sept heures un quart du matin, trachéotomie par mon collègue Burlaud. Opération sans incident notable. Retour immédiat à une respiration presque normale.

Le lendemain 19, fièvre intense, chaleur mordicante à la peau. Dans la soirée, apparition à la face, sur le tronc, l'abdomen et les cuisses d'une éruption de nature scarlatineuse (la scarlatine règne dans les salles); respiration fréquente, anxieuse; abattement; une petite fausse membrane a été rejetée par la canule.

Le 20, l'éruption est généralisée et confluente; état fébrile intense; oppression. Rien d'appréciable à l'auscultation. Les liquides, particulièrement le lait, reviennent par la canule.

Le 22, l'éruption pâlit, disparaît ; la fièvre tombe; respiration plus calme ; mucosités abondantes expectorées par la canule.

Le 24, très-bien, joue, prend bien les aliments, a pu rester sans canule dix minutes environ.

Le 26, la fièvre reparaît; l'enfant refuse de manger; toux fréquente ; crachats épais, puriformes, abondants ; râles muqueux disséminés.

Le 28, respiration très-difficile ; sifflements prolongés pendant l'inspiration; fièvre; agitation. (Faire vomir avec le sirop d'ipécacuanha, 15 grammes; poudre d'ipécacuanha, 15 centigrammes.)

Le 29, le vomitif a eu peu d'effet; il est impossible d'enlever quelques instants la canule sans menace de suffocation; fréquence extrême de la respiration; état asphyxique. La famille du petit malade l'emporte dans cet état de l'hôpital, malgré toutes les remontrances qu'on peut lui faire. Quinze jours après, la mère vient nous apporter la nouvelle inattendue que son enfant est sans canule et complétement guéri. Les soins les plus assidus et les plus appropriés lui avaient été continués par un confrère dont nous regrettons de ne pouvoir citer ici le nom. La guérison s'est maintenue.

Obs. III. *Trachéotomie chez un enfant de vingt-huit mois atteint de croup; rougeole, puis scarlatine intercurrente ; impossibilité de se passer de canule pendant plusieurs mois ; nécessité d'un nouveau débridement; guérison.* — Vallet (Paul), âgé de vingt-huit mois, entré le 29 mai 1862, salle Saint-Jean, n° 38. Croup primitif; invasion il y a deux jours. Phénomènes de suffocation ; il a déjà eu

plusieurs accès. Sifflement laryngo-trachéal; voix non complétement éteinte; exsudats visibles sur les amygdales. Un vomitif administré ne produit pas de résultat notable sur la marche de la maladie. Nouveaux accès de suffocation dans la nuit; l'asphyxie se prononce. L'opération, devenue urgente, est pratiquée dans la matinée par mon collègue Liné, rapidement et sans incident particulier. Immédiatement après, la respiration est presque normale; l'enfant joue sur son lit; fièvre modérée.

Les jours suivants, les choses se passent aussi bien que possible, à part un peu de diarrhée, résultat très-probable de l'administration des vomitifs.

Le 2 juin, quatrième jour après l'opération, la canule est enlevée pour la première fois : aussitôt l'enfant étouffe, et, tandis que l'on nettoie la canule, force est de maintenir le dilatateur en place. Durant six jours consécutifs, chaque essai d'enlèvement de la canule est suivi des mêmes accidents et des mêmes impossibilités. De plus, à la suite de quintes de toux plus ou moins violentes, le malade a rendu, à plusieurs reprises, par la canule une quantité de sang assez abondante pour prendre la proportion d'une véritable hémorrhagie. (Julep; sirop de chlorure de fer, 10 grammes.)

Le 10 juin, l'enfant peut se passer de canule pendant dix minutes environ; mais le lendemain un accès immédiat de suffocation oblige à réintroduire la canule aussitôt qu'elle a été enlevée. Dans la journée, le petit malade est repris de fièvre; la respiration est précipitée, anxieuse; irascibilité; refus d'aliments; toux fréquente. Nous soupçonnons un état prodromique, car la rougeole règne dans les salles.

Dès le lendemain, en effet, le visage, le col et la partie supérieure du tronc, mais le visage surtout, sont le siége d'une éruption constituée par des papules un peu saillantes, discrètes, de couleur un peu indécise, rouge pâle, et ne pouvant laisser aucun doute relativement à leur nature rubéolique. En même temps, râles sonores abondants, disséminés dans les deux poumons; toux quinteuse, provoquant de nouveau l'expulsion par la canule d'une assez grande quantité de sang mêlé à d'épaisses mucosités.

Deux jours après son apparition, l'éruption a disparu; l'appareil fébrile est tombé, l'état général est meilleur; mais l'enfant ne peut se passer le plus petit instant de la canule sans être immédiatement menacé de suffocation. Craignant quelque nouvelle contagion nosocomiale, les parents demandent à emporter le petit malade, et je m'engage, sur leurs instances, à lui continuer chez eux les soins nécessaires.

Il y avait à peine deux jours qu'il était dans sa famille, qu'il fut repris d'une fièvre intense avec chaleur mordicante à la peau. Refus d'aliments; vomissements; irascibilité. Puis je vis bientôt apparaître une éruption scarlatineuse dont le germe avait été très-probablement puisé à l'hôpital. La maladie fut bénigne, et une desquamation générale survenue vers le quatrième jour ne permettait pas le moindre doute sur sa véritable nature. Il n'y eut point de complications, mais les forces étaient très-abattues; l'alimentation

avait dû être très-insuffisante; plus que jamais la canule était indispensable. Toutefois, un mieux très-notable étant survenu, je fis, le 5 août, une nouvelle tentative d'enlèvement de la canule : l'enfant put s'en passer assez bien pendant vingt minutes. Encouragé, je recommençai le lendemain : cédant au désir des parents, j'attendis une heure, pendant laquelle la respiration demeura tranquille et presque normale; mais un instant après survenait un accès de suffocation des plus menaçants : la plaie, fortement rétrécie, ne laissait plus passer la canule. L'enfant asphyxiait, et je me vis forcé de prendre le parti extrême, mais inévitable, de recommencer, en quelque sorte, l'opération de la trachéotomie. Par bonheur, elle fut réalisée sans le moindre accident, même sans hémorrhagie, et la canule put être facilement réintroduite. L'enfant resta très-affaibli et abattu; il résista néanmoins, et quelques jours après il était très-bien. Bien plus, il se passait facilement de canule; mais instruit par le passé, et peu confiant, j'engageai les parents à le transporter de nouveau à l'hôpital, afin qu'il pût être soumis à la surveillance constante, devenue nécessaire, ce qui fut fait le 11 août. Le 12 au matin la canule fut enlevée; *elle n'a jamais été remise*. L'enfant sortait guéri le 17. J'ai pu m'assurer plusieurs fois depuis que la guérison s'était parfaitement maintenue.

Obs. IV. *Trachéotomie chez un enfant de vingt-neuf mois atteint de diphthérite nasale, pharyngienne et laryngée; guérison.* — Gérard (Marie), âgé de vingt-neuf mois, entré le 30 août 1862, salle Saint-Jean, n° 2. Angine couenneuse; écoulement nasal; voix éteinte; toux insonore; commencement d'asphyxie. Opéré le 30 août par M. le docteur Giraldès, chirurgien de l'hôpital.

Le 4 septembre, l'enfant est bien, malgré l'écoulement nasal qui persiste. La canule, retirée dans la matinée, a dû être replacée le soir, à cause des difficultés de la respiration.

Le 7, les liquides reviennent, pendant la déglutition, par la canule. Les aliments solides passent un peu mieux.

Le 12, le malade est très-bien, si ce n'est qu'il ne peut rester un seul instant sans canule, étant tout aussitôt menacé de suffocation.

Le 14, la canule a pu enfin être enlevée, et n'a pas été remise; mais l'enfant a contracté l'ophthalmie purulente qui court dans les salles. De plus, les liquides continuent à revenir par la plaie et par le nez.

Néanmoins, le petit malade résiste, avec des soins appropriés, à ces accidents et complications, et il part de l'hôpital le 24 septembre, parfaitement guéri et la plaie complétement cicatrisée. La guérison s'est maintenue.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Abcès du cerveau; *leur curabilité.* Dans toute mutilation du cerveau, dit M. Flourens, il se forme toujours un tissu cicatriciel, dur et jaune. C'est de ce tissu induré, c'est de ce tissu jaune qu'est faite la cicatrice. Quant à l'adhérence proprement dite des parties divisées, elle se fait, d'abord et essentiellement par le tissu cicatriciel dont je parle, et ensuite par des brides

que fournissent les deux membranes propres du cerveau, l'arachnoïde et la pie-mère. Une balle de plomb introduite dans le cerveau y provoque donc un abcès. Cet abcès commence très-peu de temps après l'introduction de la balle. Dès les premières dix ou douze heures, il y a du pus. Un abcès se forme donc, et il se forme très-vite. Ce qu'il y a de plus admirable, c'est qu'il se résorbe. Tout le pus est résorbé du quarantième au cinquantième jour. L'animal guéri, il ne reste jamais de pus dans le cerveau. Ainsi, par le fait même de la balle introduite, un abcès se forme; et, ce qu'il faut bien noter, il ne se forme jamais que des abcès. J'ai introduit bien des balles dans le cerveau, j'ai toujours vu se produire des abcès, je n'ai jamais vu se produire des hémorrhagies.

M. Flourens recherche ensuite le siége de l'intelligence et arrive à conclure que c'est le cerveau proprement dit; que toutes les fibres des hémisphères, si merveilleusement distribuées, concourent par leur ensemble à une seule et grande fonction. (*Compte rendu de l'Acad. des sciences*, novembre 1862.)

Diabète (*Cas de*) *produit par un néoplasme du plancher du quatrième ventricule.* Les observations ne manquent pas de lésions *traumatiques* de l'encéphale ayant déterminé le diabète. Mais la science ne possédait encore qu'un exemple (celui publié dans la thèse inaugurale M. le docteur Levrat Perroton, de Lyon), d'une lésion *spontanée*, siégeant dans le quatrième ventricule, et ayant produit l'hypersécrétion glucosurique. M. Brugnoli vient d'observer un second fait de ce genre.

Un homme âgé de cinquante-deux ans, robuste, ayant usé à haute dose du nitrate de potasse pour guérir une blennorrhagie contractée en octobre 1859, fut atteint, en janvier 1860, d'ischurie et d'hématurie, avec douleur dans le rein gauche. Ces accidents se reproduisirent plusieurs fois en quinze jours; et ils ne cessèrent que pour revenir au bout d'un mois, moins intenses, il est vrai, mais cette fois avec une durée du vingt jours. Ils se reproduisirent en mai, d'une façon plus bénigne, sans réaction fébrile et sans douleur rénale.

Un certain malaise et un endolorissement permanent de la région sus-indiquée persistant entre ces attaques, on eut dès lors quelque soupçon d'une affection organique du rein; mais comme cet organe ne paraissait ni tuméfié, ni sensible à la pression, ces présomptions ne furent pas vérifiées jusqu'à ce que, la faiblesse augmentant toujours, le malade fit un jour savoir qu'il rendait beaucoup plus d'urine que d'habitude. On n'y découvrit point d'albumine; mais à l'aide de la potasse caustique et du réactif cupro-potassique, on y constata la présence du sucre. Depuis quelque temps une légère tension que le patient accusait à la tête s'était convertie en une céphalalgie atroce.

En dépit d'un traitement reconstituant, le malade dépérit rapidement. En novembre de la même année, on reconnut que le rein gauche avait acquis le volume d'une tête de fœtus, accroissement tellement rapide, qu'on n'avait pu s'en douter lors d'un examen qui eut lieu deux mois auparavant. On s'arrêta alors à l'idée d'une affection cancéreuse, existant probablement dans d'autres viscères et notamment dans le cerveau. Après une décadence, dont l'histoire est abrégée par l'auteur comme ne contenant aucun trait instructif, le malade succomba le 15 janvier 1861.

Autopsie. Le rein gauche est converti en une volumineuse tumeur encéphaloïde. La dégénérescence affecte surtout la substance corticale; les tubes urinifères sont presque à l'état normal, ainsi que la vessie, les uretères et le rein droit. Plusieurs petites tumeurs encéphaloïdes existent dans les poumons. Les hémisphères cérébraux en contiennent de semblables; l'une d'entre elles, du volume d'un *gros petit pois* (un grosso pisello), occupe le plancher du quatrième ventricule, précisément le lieu indiqué par M. Cl. Bernard comme celui dont la lésion donne lieu au diabète, c'est-à-dire le milieu de l'espace compris entre l'origine des nerfs auditifs et celle des pneumo-gastriques. (*Bulletino delle Scienze mediche di Bologna*, novembre 1862.)

Hernie *incarcérée du trou ovale* (*Réduction d'une*). C'est en se basant sur les travaux de son compatriote Rœser que M. Werner put arriver au diagnostic et au traitement de ce cas. Il s'agissait d'une paysanne de vingt-neuf ans, mère de trois enfants, qui présentait tous les signes d'une hernie étranglée, avec douleur provoquée par l'examen dans la région du trou ovale, où l'on finissait par trouver, au milieu

de petites glandes lymphatiques engorgées; une tumeur du volume d'une noisette, fort douloureuse à la pression. En introduisant ensuite dans le vagin deux des doigts de la main gauche, l'auteur ne put les élever plus haut que la branche horizontale du pubis. Pour la réduction de cette hernie, M. Werner combina une pression externe pratiquée à travers les parois abdominales avec une traction dirigée en dedans, en arrière et en haut, au moyen de l'autre main introduite dans le vagin. Immédiatement après la réduction de la hernie, cette main put naturellement dépasser la branche horizontale du pubis. (*Wurtemb. med. Correspond.-Blatt* et *Jour. de méd. de Bruxelles*, décembre.)

Mâchoires (*Immobilité des*), *traitée avec succès par la création d'une pseudarthrose.* Il arrive parfois que des cicatrices siégeant sur la joue, soit à sa face interne, soit à sa face externe, viennent par leur rétraction apporter un obstacle invincible à l'écartement des mâchoires. M. Esmarch a conseillé, dans ces circonstances, la création en avant de l'obstacle d'une fausse articulation, afin de rendre une partie des mouvements perdus et de permettre la préhension d'aliments solides. L'opération d'Esmarch a fait l'année dernière le sujet d'un excellent rapport à la Société de chirurgie. M. Heath vient de la pratiquer avec succès à l'hôpital de Middlesex à Londres.

Le malade, âgé de quinze ans, par suite d'une nécrose partielle du maxillaire et de la rétraction de cicatrices siégeant sur la face interne des joues, vers la commissure droite des lèvres, ne pouvait plus écarter les mâchoires et n'était plus nourri qu'avec des aliments liquides introduits avec difficulté à travers l'interstice des dents. M. Fergusson avait sans succès détruit les cicatrices et maintenu l'écartement des mâchoires avec un appareil muni d'une vis. La maladie avait reparu à mesure de la cicatrisation de la plaie.

M. Heath fit à droite, en avant du masséter et sur le bord antérieur du maxillaire inférieur, une incision horizontale de 5 centimètres de long, détacha et releva les parties molles de la joue, glissa au-dessous une petite scie en lame de couteau, et, par deux sections, enleva un morceau du maxillaire en forme de coin et large d'un quart de pouce environ à sa base. Le fragment osseux enlevé renfermait l'orifice externe du canal dentaire ou trou mentonnier. Le malade fut guéri en deux mois; il s'était formé au niveau de la section une fausse articulation qui permettait l'abaissement de toute la moitié gauche du maxillaire et de la partie de la moitié droite avoisinant la ligne médiane. L'écartement entre les incisives pouvait être porté à plus de 2 centimètres.

Quant à la portion du maxillaire portant les molaires droites, elle reste naturellement immobile; mais, bien que le malade ne puisse ouvrir, en quelque sorte, la bouche que d'un côté, il peut, ce qu'il ne pouvait faire auparavant, prendre des aliments ordinaires et même mâcher des substances assez solides. (*The Lancet* et *Gaz. hebd.*, déc. 1862.)

Ovariotomies *pratiquées avec succès, l'une à Lyon, l'autre à Strasbourg.* M. le docteur Desgranges (de Lyon) vient de pratiquer récemment une opération d'ovariotomie, qui a été suivie d'une prompte et radicale guérison. Il s'agissait d'une femme de trente-quatre ans, entrée à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 25 août dernier, pour un kyste volumineux de l'ovaire dont le début paraissait remonter à dix-huit mois environ. En huit mois la tumeur avait acquis un volume considérable. Voici dans quel état elle se présentait à cette époque : les parois abdominales étaient très-irrégulièrement distendues par deux masses inégales, situées l'une dans l'hypogastre sur la ligne médiane, l'autre principalement dans le flanc droit, d'où elle s'irradiait dans la région ombilicale et l'hypocondre droit. La partie hypogastrique du kyste, de forme globuleuse, avait un volume un peu supérieur à celui d'une tête d'adulte. La tumeur de l'hypocondre, plus volumineuse, était formée par un kyste à dimensions considérables, à parois bosselées, dures, etc. En résumé, on avait un kyste multiloculaire à parois épaisses, contenant un liquide probablement épais et ayant eu une marche rapide dans ses évolutions. La malade d'ailleurs présentait d'assez bonnes conditions de santé, malgré un affaiblissement notable de la constitution.

La malade a été opérée le 10 septembre. Dans un premier temps l'opérateur a pratiqué une incision de 15 centimètres environ sur la ligne médiane, arrivant au bas jusqu'au pubis, et se terminant en haut à peu de distance de l'ombilic. Ligature

immédiate de tous les vaisseaux divisés. — Deuxième temps : incision du péritoine, d'abord avec le bistouri dans un point limité, puis dans une étendue égale à la plaie cutanée, en se guidant sur une sonde cannelée. — Troisième temps : ponction du kyste à l'aide du trocart de M. Charrière; issue d'une grande quantité de pus crémeux, bien lié. Le kyste vidé en partie a été saisi alors avec des pinces de Museux et avec les pinces plates de M. Charrière ; puis, à l'aide de tractions méthodiques, on a tâché de le faire sortir au travers de la plaie, ce qui a été rendu très-difficile par la nécessité de rompre des adhérences intimes entre le kyste et la paroi abdominale. — Quatrième temps : ponction du kyste supérieur avec le même trocart; issue immédiate d'une grande quantité de liquide albumineux de couleur chocolat ; tractions méthodiques exercées sur les parois kystiques à l'aide de pinces de Museux. Après quelques efforts, la masse entière s'échappe par la plaie, et n'est plus attachée à la cavité abdominale que par le pédicule. Exploration de la cavité abdominale, qui est soigneusement abstergée. — Cinquième temps : constriction du pédicule par le clamp de M. Charrière et par deux épingles entre-croisées au-dessus de l'instrument. Section du pédicule à peu de distance des épingles. — Sixième temps : réunion de la plaie à l'aide de quatre épingles longues et dorées, placées au-dessus du clamp, et de quatre points de suture métallique, trois alternant avec les quatre épingles, le dernier placé au-dessous du pédicule.— Pansement simple, couche de coton cardé sur l'abdomen, ceinture de flanelle, enveloppement général dans une couverture de laine.

L'opération a duré trois quarts d'heure. Les suites en ont été des plus heureuses, à part une soif vive, le seul symptôme dont se soit plainte la malade pendant les premiers jours, et la nécessité du cathétérisme, tout s'est passé le mieux et le plus simplement du monde. Le clamp a été parfaitement bien supporté. Le sixième jour, on a enlevé une première épingle à l'extrémité supérieure de la plaie qui était solidement réunie à ce niveau. Les jours suivants, on a enlevé successivement les autres épingles, ainsi que les points de suture métallique, le clamp seul restant en place. Le onzième jour, chute du clamp. Le seizième jour, léger accès fébrile prenant sa source dans une inflammation phlegmoneuse des lèvres de la plaie (formation de deux petits abcès). Vers le vingtième jour, réapparition des règles. Le trente-troisième jour (le 13 octobre), tout est terminé ; la plaie est cicatrisée ; la malade quitte le lit ; son état général est excellent.

Les conclusions pratiques principales que M. Desgranges fait ressortir de ce fait, sont : 1° l'avantage qu'il y a, lorsqu'on est certain d'avoir affaire à un kyste multiloculaire incurable par toute autre méthode, de recourir d'emblée à l'ovariotomie sans perdre son temps à des opérations accessoires inutiles et qui peuvent avoir leurs dangers ; 2° l'utilité de se servir d'un trocart cylindrique, au lieu d'un trocart à renflement ; 3° l'utilité de laisser tomber le clamp spontanément et de n'enlever les sutures que du sixième au huitième ou au neuvième jour, et non pas toutes à la fois, mais successivement et en y mettant deux ou trois jours.

— A peu près à la même époque où M. Desgranges obtenait à Lyon le beau résultat que nous venons de faire connaître, M. le docteur Kœberlé opérait pour la seconde fois l'ovariotomie avec le même succès à Strasbourg. Il enlevait chez une femme de trente-sept ans, qui avait été déjà ponctionnée un an auparavant, un kyste du poids de 2,400 grammes et dont une des loges contenait 7 litres et demi de liquide épais et brunâtre. Les deux ovaires ont dû être extirpés. La malade était complétement rétablie au bout d'un mois environ. M. Kœberlé signale particulièrement, parmi les moyens qui lui ont paru avoir le plus contribué à assurer le succès de ses deux opérations, la momification et le dessèchement du pédicule de la tumeur et des parties libres des ligatures avec du perchlorure de fer. (*Gaz. des hôpit.*, novembre et décembre 1862.)

Rupture *des parois abdominales indications de l'emploi d'une ceinture élastique.* La rupture spontanée du muscle grand droit de l'abdomen a été signalée et décrite à plusieurs reprises. Le plus souvent, dans ce cas, la rupture est bornée au corps du muscle, et les téguments ont toujours été trouvés intacts. Il n'en a pas été de même dans le cas observé par M. Batwell. Il s'agit d'une vieille dame, fort adonnée à l'abus des alcooliques, chez laquelle, pendant un violent accès de

toux, il se fit une rupture de toute l'épaisseur des parois abdominales, la peau comprise. Une masse assez considérable d'intestins et d'épiploon se précipita immédiatement au dehors, et ce ne fut pas sans peine que l'on put en opérer la réduction. La rupture s'était faite à 1 pouce 1/2 au-dessous de l'ombilic. Elle était transversale et mesurait environ 4 pouces dans sa fente superficielle, et 2 pouces au niveau du péritoine. Les muscles droits étaient déchirés dans toute leur largeur; ils ne présentaient d'ailleurs aucune altération de texture qui eût pu préparer la solution de continuité. On réunit la plaie par des sutures, et, le quatrième jour, la réunion était à peu près complète; mais à la suite de quelques efforts de vomissements, la cicatrice se déchira. A partir de ce jour, survinrent des symptômes de péritonite; et la malade finit par succomber.

Nous ne saurions trop insister dans de semblables lésions sur l'emploi des ceintures élastiques, fabriquées avec des tissus de caoutchouc. Ces appareils constituent une sorte de paroi artificielle, dont l'action vient assurer les résultats de la cicatrisation des tissus. Dans le cas de M. Batwell peut-être ce secours eût-il été insuffisant, mais dans ceux de simple rupture souscutanée du grand droit de l'abdomen, il n'en est pas de même, et nous le certifions pour en avoir été témoin. (*The med. and. surg. reporter* et *Gaz. méd.*, déc. 1862.)

Ténia (*Nouvelle observation à l'appui de l'emploi de la noix d'arec dans le traitement du*). Aux nombreux ténifuges que nous possédons déjà, faudra-t-il encore en ajouter un nouveau, la noix d'arec? C'est ce que pense et ce qu'annonçait le docteur Barclay, de Leicester, dans le passage suivant d'un article publié en août 1861 par le *British medical Journal.*

La noix d'arec est l'amande du fruit d'une espèce de palmier appelé *areca catechu*, à laquelle on donne plus communément le nom de noix *bétel*, parce que, dans l'Orient, on en fait usage comme de masticatoire, mêlée avec les feuilles du *piper betel*. Ce médicament, de saveur astringente, est en usage dans l'Inde pour combattre les affections dyspeptiques. M. Barclay l'a essayé avec succès contre le ténia. « Je le donne, dit-il, réduit en poudre, à la dose de 4, 6 et 10 grammes, qui se prend aisément dans du lait. Le ver est d'ordinaire rendu vivant, quatre ou cinq heures après. Pour ce remède, comme pour tous les autres ayant la même destination, j'ai trouvé utile de prescrire, le jour qui précède, l'administration d'un purgatif actif le matin, et l'abstinence de tout aliment le soir. »

Le docteur Edwin Morris, en se conformant à ces indications, moins le purgatif, a fait prendre la noix d'arec à un homme de quarante-six ans, qui, dans le cours du mois d'avril dernier, avait rendu plusieurs fragments de ténia. Au bout de deux heures, le malade expulsa environ six mètres de l'helminthe. Huit jours après, nouvelle dose de 6 grammes, bientôt suivie de la sortie d'un nouveau fragment de même dimension à peu près. La forme et le volume de ces portions de ver démontrant que la tête n'avait pas encore été rendue, M. Morris, après avoir cette fois purgé et fait jeûner son malade la veille, lui fit prendre 10 grammes de noix d'arec pulvérisée, et, au bout d'un quart d'heure, un nouveau fragment fut évacué, de deux mètres de long, dont l'extrémité effilée et terminée en forme de bulbe du volume d'une tête d'épingle, donna lieu de penser que la totalité de l'helminthe avait été expulsée. Depuis, la santé de cet homme, altérée auparavant, s'est bien rétablie, et il ne s'est plus présenté de fragments rubannés dans ses garde-robes. (*British med. Journ.* octobre 1862.)

Variole (*Premier essai de l'emploi de la sarracenia purpurea contre la*). Lorsque l'usage interne d'une décoction de cette racine fut préconisé comme un remède efficace contre la variole, l'incrédulité que suscitent toujours de pareilles annonces se compliqua d'un doute particulier. On ne prévoyait pas, on ne pouvait pas comprendre de quelle nature serait la modification heureuse apportée par ce prétendu spécifique à une maladie qui, une fois commencée, parcourt en général ses périodes avec la régularité la plus absolue.

Aussi enregistrons-nous avec empressement la première observation qui, choisie entre plusieurs autres du même auteur, nous donne une idée du pouvoir curatif qu'on attribue à cette substance.

Mme A*** était, depuis plusieurs jours, atteinte d'une variole très-grave. Lorsqu'elle commença à boire la décoction de sarracenia, les pus-

tules de la face étaient tellement remplies, quoique distinctes, qu'on aurait à peine pu placer entre elles la pointe d'une épingle. La fièvre secondaire était très-forte.

Le lendemain de l'emploi du remède, M. Burch constata un très-grand changement : la fièvre était tombée ; les pustules de la face avaient perdu la moitié de leur volume ; sur les jambes elles étaient entièrement déprimées, et aplaties. La patiente remarqua elle-même qu'elle se trouvait mieux après l'ingestion de chaque dose. Cependant, la nuit où l'on commença ce remède fut troublée par un délire inquiétant. Passée la première dose, la décoction n'a pas agi comme diurétique.

Il faut encore noter que Mme A*** était enceinte de trois à quatre mois ; que, pendant les deux jours qui précédèrent l'emploi de la sarracenia, elle ne sentait plus qu'à peine les mouvements de son enfant, si bien qu'elle le croyait mort ; qu'enfin après avoir pris le remède pendant deux jours, elle sentit de nouveau les mouvements aussi forts qu'auparavant. (*The Lancet*, décembre 1862.)

Voile du palais (*Adhérence du*) *à la paroi postérieure du pharynx à la suite d'ulcères syphilitiques traitée par la création d'une ouverture fistuleuse*. Le soin apporté au traitement des affections syphilitiques rendent rares aujourd'hui les exemples de ces sortes d'adhérences, c'est ce qui nous engage à donner une analyse du fait que publie M. Coulson.

Obs. Robert H***, vingt-sept ans, fut admis à l'hôpital des vénériens, le 12 février 1860. Il avait eu une uréthrite huit ou neuf ans auparavant, et il y a cinq ans un chancre suivi d'engorgements ganglionnaires de l'aine gauche. Il eut à cette époque des ulcères à la gorge, de la céphalée et des douleurs dans les membres, mais il ne s'aperçut d'aucune éruption. La gorge resta toujours un peu malade jusqu'au moment où il vint à la consultation de l'hôpital, un mois avant son admission. Une large ulcération occupait la paroi postérieure du pharynx et le bord libre du voile. Le traitement fut suivi d'amélioration, mais le malade le négligea bientôt. Quand il revint à l'hôpital, le voile du palais adhérait au pharynx.

Le palais et le pharynx formaient une voûte continue, les adhérences étaient complètes et solides. La voix avait un son fortement nasonné ; le malade ne pouvait prononcer ni l'*m*, ni l'*n* ; il ne pouvait respirer que la bouche largement ouverte, et avait complétement perdu les sens de l'odorat et du goût, ne distinguant plus, disait-il, la saveur du sucre, du sel, de la moutarde, du pain, etc.

Le 27 février, un bistouri étroit fut enfoncé dans le voile du palais, à deux lignes environ de l'amygdale droite, il fut porté transversalement à la même distance de l'amygdale gauche, laissant ainsi un pouce et demi de la partie membraneuse du voile attachée à la partie dure du palais. On saisit le lambeau postérieur avec des pinces et on excisa un morceau large d'un pouce environ transversalement, et d'un demi-pouce d'avant en arrière. Il y eut peu de sang perdu, et le malade put immédiatement faire passer l'air par les narines. Le goût et l'odorat avaient reparu, mais dans les mouvements de déglutition, les aliments s'engageaient dans la partie postérieure des fosses nasales.

La plaie avait une tendance continuelle à la rétraction et à la cicatrisation, ce qui força à interposer entre ses lèvres une mèche de charpie ; cette tendance fâcheuse existait encore le vingt et unième jour, lorsque le malade fut expulsé de l'hôpital pour y être rentré en état d'ivresse. Mais M. Coulson apprit un an après, par un ami de son opéré, que la communication persistait toujours entre les narines et le pharynx, et que le malade avait retiré un grand avantage de l'opération qui lui avait été faite. (*The Lancet*, novembre 1862.)

VARIÉTÉS.

L'Académie de médecine a procédé au renouvellement de son bureau pour l'année 1863. Sont nommés : président, M. Larrey ; vice-président, M. Grisolle ; secrétaire, M. Béclard ; membres du conseil, MM. Guérard et J. Cloquet.

Médailles accordées à MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder, pour le service des eaux miné rales en 1860 :

1° Médailles d'argent à :

M. Pidoux, médecin inspecteur des Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées), pour une étude très-originale et profondément pratique sur la susceptibilité catarrhale de l'appareil respiratoire et les Eaux-Bonnes.

M. Alquié, médecin inspecteur de l'établissement civil de Vichy (Allier), pour un rapport digne à la fois de sa vaste expérience et de l'importance de l'établissement qu'il dirige.

M. Patézon, médecin inspecteur des eaux de Vittel (Vosges), pour la persévérance et le talent dont il a fait preuve dans ses déductions cliniques sur les observations recueillies à Vittel.

M. F. Roubaud, médecin inspecteur des eaux de Pougues (Nièvre), pour le résumé médical qu'il a donné de la saison thermale, et principalement pour ses remarques sur les affections des voies urinaires traitées à Pougues.

M. Miramont, médecin inspecteur des bains de mer d'Etretat (Seine-Inférieure), pour un très-bon rapport et de très-judicieuses observations sur l'utilité d'une surveillance médicale et hygiénique des bains de mer.

M. Basset, médecin inspecteur des eaux de Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme), pour une statistique médicale très-développée et très-bien faite des cas nombreux et divers qu'il a observés en 1860.

2° Rappel de médailles d'argent avec mentions honorables à :

M. de Laurès, médecin inspecteur des eaux de Néris (Allier), pour une savante et très-curieuse notice sur l'hôpital de Néris, aux développements et à la prospérité duquel il a lui-même si puissamment contribué.

M. Caillat, médecin inspecteur des eaux de Contrexéville (Vosges), pour la suite de ses neuves et ingénieuses études sur la poussée.

M. Bailly, médecin inspecteur des eaux de Bains (Vosges), pour ses utiles et piquantes considérations sur les eaux minérales des Vosges.

M. E. Génieys, médecin inspecteur de l'établissement civil d'Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales), pour l'excellent esprit qui a dicté ses lettres médicales sur Amélie-les-Bains.

M. Cabrol, médecin en chef de l'établissement militaire de Bourbonne-les-Bains, pour le soin et le mérite avec lesquels il a résumé les observations recueillies à l'hôpital militaire.

M. Crouzet, médecin inspecteur des eaux de Balaruc (Hérault), pour le zèle infatigable et la sagacité dont il continue à faire preuve dans son rapport annuel.

M. Buissard, médecin inspecteur des eaux de Lamotte-les-Bains (Isère), pour la note intéressante qu'il a jointe à un très-bon rapport sur la salle de respiration installée, dès 1845, dans l'établissement qu'il dirige.

3° Médailles de bronze à :

M. Artigues, médecin en chef de l'établissement militaire d'Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales), pour un travail très-distingué sur le traitement thermal sulfureux appliqué aux affections de poitrine pendant l'hiver.

M. Cisseville, médecin inspecteur des eaux de Forges-les-Eaux (Seine-Inférieure), pour ses considérations pratiques intéressantes sur les sources d'eau minérale ferro-crénatée de Forges.

M. E. Damourette, médecin inspecteur adjoint des eaux de Sermaize (Marne), pour un très-bon mémoire sur l'action physiologique de ces eaux.

M. Tripier, médecin inspecteur des eaux d'Evaux (Creuse), pour les nouvelles preuves de talent et de zèle que fournit son rapport annuel.

4° Des mentions honorables à :

M. Lemonnier, médecin inspecteur des Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées), pour de très-bonnes observations cliniques contenues dans un premier rapport très-digne d'encouragement.

M. Chabannes, médecin inspecteur des eaux de Vals (Ardèche), pour les efforts et le mérite qu'attestent les nombreuses observations qu'il a recueillies et analysées.

Le concours pour l'internat des hôpitaux de Paris vient de se terminer par les nominations suivantes : *Internes titulaires* : MM. 1 Bouchard, 2 Fravier, 3 Ruck, 4 Faure, 5 Carte Lacosto, 6 Auvray, 7 Lelion, 8 Isambert, 9 Hemey,

10 Turgis, 11 de Montfumat, 12 Thévenot, 13 Barbeu-Dubourg, 14 Besnier, 15 Delsol, 16 Anger, 17 Daret, 18 Louvet-Lamarre, 19 Le Dentu, 20 Terrier, 21 Dusart, 22 De Lacrousille, 23 Na Corogna, 24 Fontan, 25 Le Gras, 26 Guiraud, 27 Lannelongue, 28 Thomas, 29 Tixier, 30 Malhené, 31 Roques.

Internes provisoires : MM. 1 Ardoin, 2 Pacull, 3 Pero, 4 Carrière, 5 Lebreton, 6 Pichereau, 7 Savreux-Lachapelle, 8 Barbey, 9 Chaillou, 10 Sanné, 11 Panthin, 12 Posada, 13 Molinier, 14 Paquet, 15 Lefeuvre, 16 Fumouze, 17 Bouchereau, 18 Vigier, 19 Perruchot, 20 Regnard, 21 Farabeuf, 22 Bardier, 23 Morillon, 24 Labbée, 25 Magnan, 26 Thierry, 27 Palle, 28 Serraillier, 29 Leboumet, 30 Amalric, 31 Dublanchet, 32 Blache, 33 Clémenceau, 34 Morely.

Prix des lauréats internes. — *Première division :* M. Fritz, médaille d'or; M. Duplay, accessit. MM. Brouardel, Proust et Dubrueil, première mention honorable. MM. Ferrand, Cruveilhier et Martineau, deuxième mention honorable. — *Deuxième division :* Prix, M. Lallement; accessit, M. Gentilhomme; première mention, M. Robertet; deuxième mention, M. Damaschino.

Prix des externes. — Prix, M. Bouchard; accessit, M. Fravier; première mention, M. Ruck; deuxième mention, M. Faure.

Par suite de la démission de M. Malgaigne et de la mise à la retraite de M. Michon, les mutations suivantes vont avoir lieu. Sont désignés : M. Denonvilliers, pour la Charité ; M. Richet, pour la Pitié ; M. Voillemier et Guérin, pour Saint-Louis ; M. Cusco, pour Lariboisière ; M. Follin, pour le Midi ; M. A. Richard, pour Cochin ; M. Broca, pour la Salpêtrière ; M. Bauchet, pour Lourcine ; M. Foucher, pour Bicêtre ; M. Dolbeau, pour les Enfants-Assistés.

On écrit de Toulon : — « Une lettre de Paris, arrivée dans notre ville annonce une nouvelle importante et qui intéresse vivement tout le corps des officiers de santé de la marine : il serait, en effet, question d'une amélioration tout à fait imprévue, et que l'on doit entièrement à l'initiative bienveillante de M. le ministre de la marine, qui aurait, dit-on, introduit dans la nouvelle organisation du corps médical une clause par laquelle il suffira, dorénavant, d'être docteur et médecin principal pour obtenir, sans concours et par le seul droit d'ancienneté, un rang assimilé aux grades de capitaine de frégate et de capitaine de vaisseau. »

La séance solennelle de rentrée des Facultés et de l'Ecole de médecine de Bordeaux ont eu lieu le 17 novembre. Voici la liste des prix décernés aux élèves. *Première année* : Prix *ex æquo*, MM. Loignon et M. Mazières ; première mention, M. Machenaud ; deuxième mention, M. Delsoullier. *Deuxième année* : Premier prix, M. Addison ; deuxième prix, M. Mallet ; première mention, MM. Martin et Lauzun ; deuxième mention, MM. Heguy et Fadhuile. *Troisième année* : Première mention, M. Pujos ; deuxième mention, M. Mourié.

M. Hedrard, médecin en chef des hospices de Sens, et M. Labitte, directeur de l'Asile des aliénés de Clermont (Oise), sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

M. Goffres, médecin en chef de l'hôpital de Vincennes, vient d'être nommé commandeur de l'ordre de Sainte-Anne. Cette haute distinction a été accordée à notre honorable confrère comme récompense des services rendus à l'armée russe par la traduction de son *Précis iconographique de bandages et appareils*.

La Société de médecine de Strasbourg décernera, en 1863, un prix de 500 francs au meilleur ouvrage sur une des branches des sciences médicales, imprimé ou manuscrit, français, latin ou allemand, publié depuis le 1er janvier 1862, n'ayant encore été l'objet d'aucune récompense et adressé par l'auteur à la Société avant le 1er avril 1863.

Pour 1864, un prix de 300 francs est offert à la meilleure statistique et topographie médicale d'un des cantons ou d'une localité de l'Alsace. Les membres résidants de la Société sont seuls exclus du concours. En aucun cas, le prix ne sera ni ajourné ni partagé ; la Société s'engage d'une façon obligatoire à couronner un des ouvrages qui lui auront été soumis. Des médailles pourront être accordées à des mémoires distingués qui auront approché du prix.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.



TABLE DES MATIÈRES

DU SOIXANTE-TROISIÈME VOLUME.

A

B

C

D

E

F

I

J

K

L

M

Q

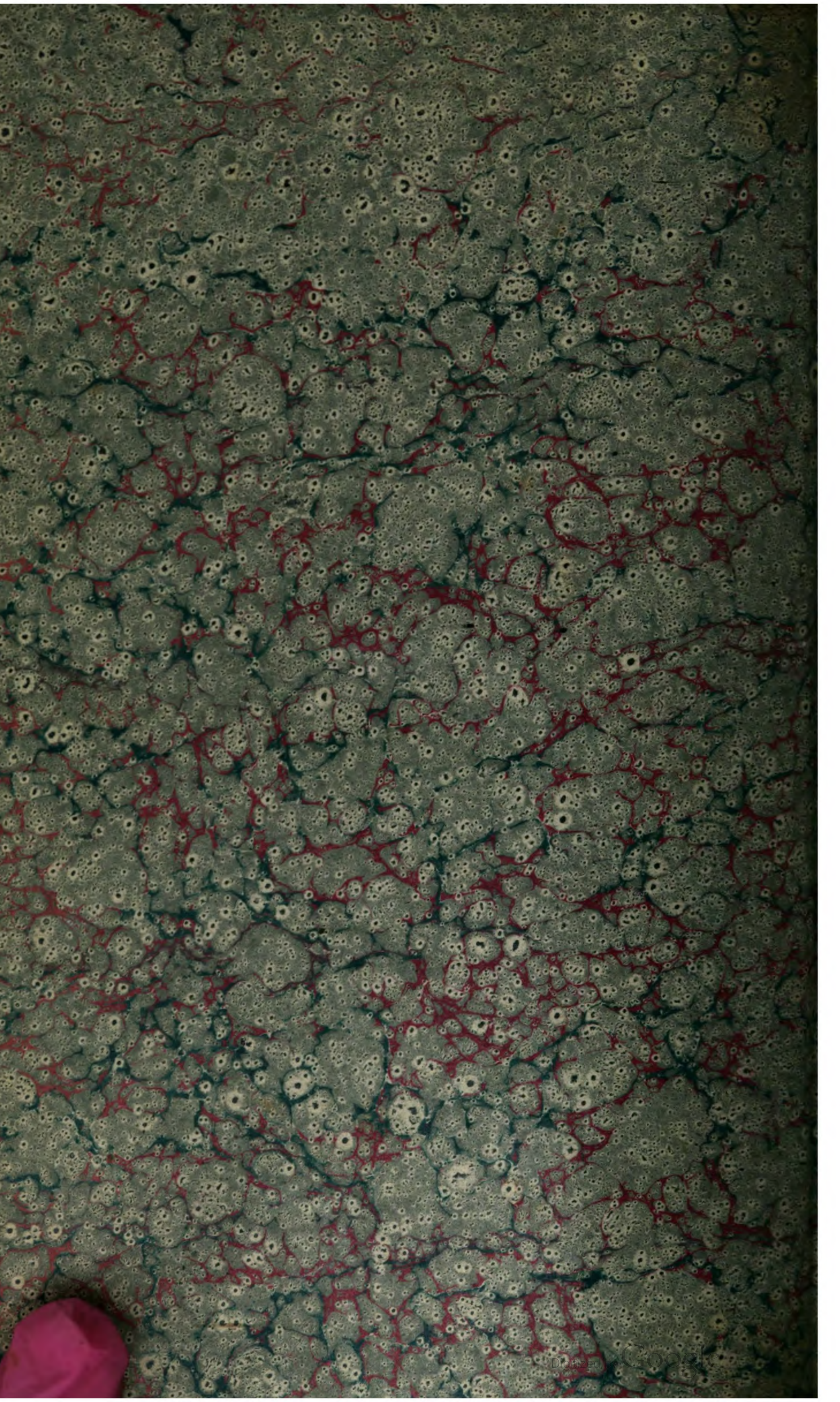
R

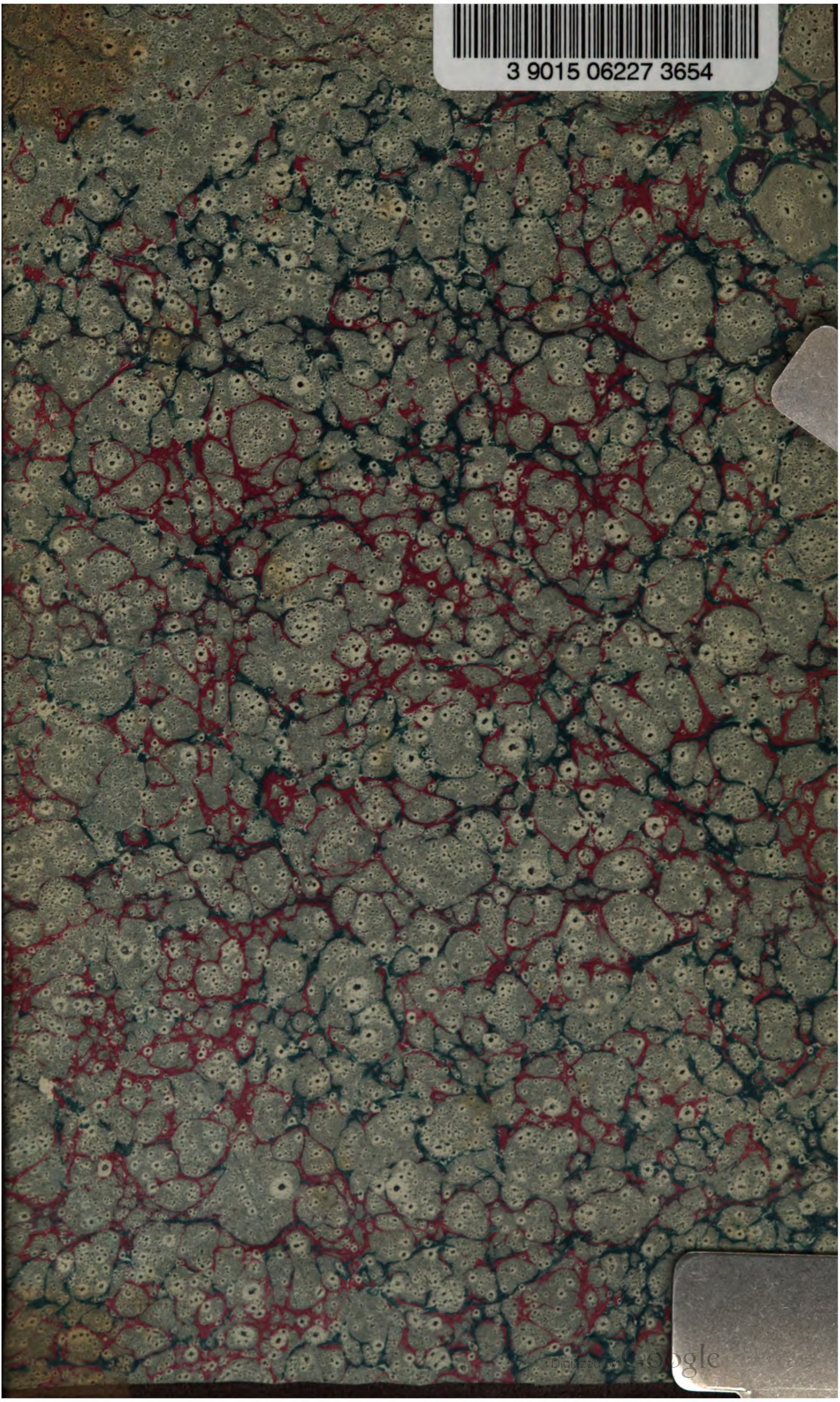
S

T

FIN DE LA TABLE DU TOME SOIXANTE-TROISIÈME.

PARIS. — TYPOGRAPHIE HENNUYER, RUE DU BOULEVARD, 7.




3 9015 06227 3654
Digitized by Google

